

L'ernia inguinale a contenuto vescico-ureterale

Contributo clinico

S. GENTILI, A. GIUSTETTO, F. MORETTI* e T. LUBRANO

Un'ernia inguinale a contenuto vescico-ureterale è stata riscontrata in un paziente di 65 anni.

Il caso è stato trattato con un'operazione di tipo inguinale, con l'uso di un retinale di plastica. Il follow-up a lungo termine ha dimostrato un'ottima guarigione e l'assenza di recidive.

Parole chiave: ernia inguinale, vescico-ureterale, retinale di plastica.

Le ernie inguinali a contenuto vescico-ureterale sono rare e vengono riscontrate in un 1-2% dei casi di ernia inguinale. La diagnosi è spesso difficile e si basa sulla storia clinica e sull'esame obiettivo.

Il trattamento è chirurgico e consiste nella riduzione dell'ernia e nella riparazione della parete inguinale. L'uso di un retinale di plastica è la tecnica preferita per la sua efficacia e la sua durata.

Il presente articolo descrive il caso di un'ernia inguinale a contenuto vescico-ureterale.

Il paziente era un uomo di 65 anni, con una storia di ernia inguinale da molti anni.

Il sintomo principale era un dolore all'inguine, che peggiorava con lo sforzo.

Il medico curante aveva già eseguito una laparoscopia, ma non aveva riscontrato l'ernia.

Il paziente era sottoposto a un'operazione di tipo inguinale, con l'uso di un retinale di plastica.

Il follow-up a lungo termine ha dimostrato un'ottima guarigione e l'assenza di recidive.

Caso clinico

Un uomo di 65 anni, con una storia di ernia inguinale da molti anni, si presenta al nostro ospedale con un dolore all'inguine.

Il sintomo principale era un dolore all'inguine, che peggiorava con lo sforzo.

Il medico curante aveva già eseguito una laparoscopia, ma non aveva riscontrato l'ernia.

Il paziente era sottoposto a un'operazione di tipo inguinale, con l'uso di un retinale di plastica.

Il follow-up a lungo termine ha dimostrato un'ottima guarigione e l'assenza di recidive.

Estratto da MINERVA CHIRURGICA
Vol. 49 - N. 1-2 - Pag. 77-80 (Gennaio-Febbraio 1994)

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO

GENTILI

L'ERNIA INGUINALE A CONTENUTO VESCICO-URETERALE



Fig. 1. — Uretrocistografia minzionale.



Fig. 3. — Uretrocistografia minzionale. Controllo ad un mese.

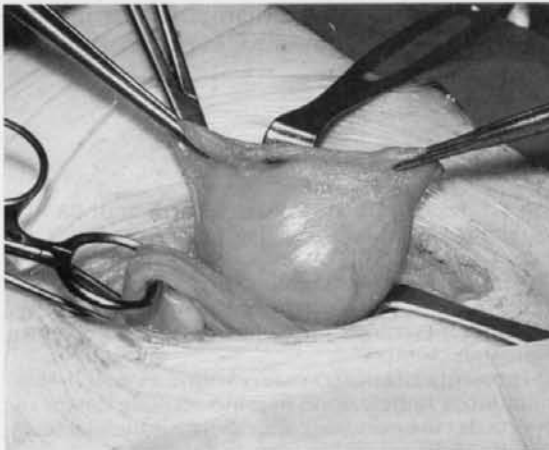


Fig. 2. — Reperito operatorio.

serva una formazione diverticolare sulla parete laterale sinistra di 3 cm.

In ortostatismo si opacizza una grossa ernia vescicale con impegno nella parete laterale destra at-

traverso il canale inguinale sino a livello scrotale che misura 10 cm di lunghezza e presenta pareti inspessite e irregolari per la presenza di alcune estroflessioni, di cui una sacciforme del diametro di 3 cm.

Durante la minzione, che si innesca improvvisamente, si osserva ampio collo vescicale e rapido deflusso di urina opaca. Si segnala reflusso di urina nel tratto pelvico dell'uretere destro. L'ernia si riduce progressivamente ma solo parzialmente durante la fase minzionale.

Il residuo pm. è scarso ed in gran parte incarcerato nel lume erniario (fig. 1).

Il paziente viene sottoposto ad intervento chirurgico con diagnosi di ernia inguino scrotale destra a contenuto vescicale.

L'accesso chirurgico utilizzato è l'incisione parainguinale destra. Aperta l'aponeurosi del muscolo obliquo esterno su tutto il decorso del canale inguinale si procede all'isolamento ed alla medializzazione del funicolo spermatico; questa manovra evidenzia, previo rigonfiamento forzato della vescica, la voluminosa ernia vescicale diretta.

Aperta la fascia trasversalis la diagnosi viene confermata dalla presenza dell'abbondante tessuto areolo-adiposo riccamente vascolarizzato tipico della

regione paravescicale; si evidenzia inoltre l'erniazione, in corrispondenza del margine superiore della breccia sulla fascia trasversalis, di un tratto di uretere della lunghezza di 3 cm (fig. 2).

In considerazione dell'agevole riducibilità della vescica nello scavo pelvico e della modesta lunghezza dell'uretere erniato si procede alla confezione della plastica erniaria secondo Shouldice previa detensione vescicale.

Il decorso postoperatorio è stato regolare, il catetere vescicale è stato rimosso in VI giornata, la dimissione è avvenuta in VIII giornata.

L'uretrocistografia ascendente e minzionale ad un mese dall'intervento evidenzia la vescica regolarmente contenuta nel cavo addominale, si apprezza sulla parete anterolaterale destra l'impronta estrinseca corrispondente alla ricostruzione chirurgica. Non è più riconoscibile l'erniazione della vescica, al riempimento abituale pari a 250 ml, né a paziente in piedi, né durante la minzione; non è più evidenziabile il reflusso vescico-ureterale (fig. 3).

Il controllo clinico ad un anno è regolare.

Discussione

Riteniamo che nella genesi dell'ernia vescico-ureterale da noi osservata siano da considerare diversi fattori: alcuni predisponenti quali l'età, la debolezza dei muscoli laterali dell'addome; altri determinanti quali l'aumento della pressione addominale nel corso della minzione difficoltosa determinata dall'ostruzione prostatica.

La vescica può erniare nella sua parte intraperitoneale o più frequentemente nella porzione extraperitoneale nelle varietà obliqua esterna o diretta più comuni nel maschio o crurale più comune nella femmina.

I sintomi evocatori, oltre l'obiettività clinica, sono le variazioni di volume in relazione allo stato di ripienezza della vescica e i disturbi minzionali.

La diagnosi di certezza si ottiene mediante contrastografia retrograda. L'importanza della diagnosi preoperatoria si evince dalla possibilità di non riconoscere durante l'intervento questa varietà di ernia soprattutto nelle forme prive di sacco peritoneale².

Evocatore della presenza di un'ernia di questo tipo è, come abbiamo visto, l'abbondante tessuto areolo-adiposo riccamente vascolarizzato della regione perivescicale.

Generalmente, come nel paziente da noi trattato, si tratta di ernie vescicali da scivolamento, ed una volta riconosciuta la vescica viene spinta in cavità e si confeziona la plastica erniaria.

La lesione accidentale da incisione vescicale, se immediatamente riconosciuta, non comporta gravi problemi tecnici richiedendo per la riparazione una sutura introflettente extramucosa e l'applicazione di un catetere vescicale a permanenza.

L'ernia dell'uretere è particolarmente rara e sembra colpire più frequentemente soggetti obesi nella V-VI decade di vita^{3 4}.

La diagnosi preoperatoria è altrettanto rara infatti questi pazienti sono generalmente asintomatici e lo studio urografico non viene richiesto routinariamente.

L'uretere può trovarsi lungo la parete di un sacco erniario oppure, come da noi osservato, presentarsi in un'ernia da scivolamento che spesso contiene la vescica.

Questo tipo di ernia dunque, può essere suddiviso in 2 gruppi anatomici in rapporto alla presenza o all'assenza di un concomitante sacco erniario⁵.

Nel I tipo, paraperitoneale, l'uretere viene «trascinato» dal sacco erniario ed appare intimamente adeso allo stesso⁶; nel II tipo, extraperitoneale, l'uretere è spesso accompagnato dall'abbondante grasso retroperitoneale⁷.

In entrambe le varietà anatomiche non è comune osservare un'uropatia di tipo ostruttivo, infatti sono rare le dimostrazioni urografiche del viscere erniato; sembra peraltro patognomonica l'immagine «loop-the-loop» nelle proiezioni laterali ed oblique⁸.

Nel caso qui descritto è stato dimostrato un reflusso vescico uretrale risoltosi con il riposizionamento del viscere nella sede fisiologica.

Il trattamento dell'uretere esuberante merita alcune considerazioni, infatti questo può essere riposto nella cavità addominale oppure resecato e reimpiantato in vescica. In linea di massima l'indicazione alla resezione è fornita dalla lunghezza dell'uretere erniato (se > di 10 cm) dall'entità della dilatazione dello

stesso e dal grado di infiammazione e di aderenze periureterali ⁹.

In conclusione mentre nell'ernia vescicale l'anamnesi e l'esame clinico del malato possono indirizzare il chirurgo all'indicazione dell'esame radiologico derimente che è l'uroretrocistografia ascendente e minzionale, nell'ernia ureterale l'indicazione preoperatoria ad un esame derimente, pielografia, è estremamente rara. Con queste premesse non rimane che al chirurgo che porre particolare cura nella dissezione chirurgica, con l'eventuale ausilio del blu di metilene endovena o attraverso il catetere di Foley prima del confezionamento della plastica.

Riassunto

Gli Autori descrivono un caso non comune di ernia inguino scrotale a contenuto vescico-ureterale.

La diagnosi preoperatoria di erniazione vescicale è stata raggiunta facilmente mediante l'anamnesi l'esame clinico e strumentale (cistografia) del malato.

L'erniazione ureterale è stato, come spesso accade,

un reperto occasionale, questo può comportare delle insidie nella preparazione chirurgica e dei dubbi sulle modalità di trattamento.

Parole chiave: Ernia inguinale - Vescica - Uretere.

Bibliografia

1. Cirillo F, Troiano L, Mortini B, Agarossi M, Riboli O. Ernia inguinale con diverticolo di Meckel strozzato (ernia di Littre). *Minerva Chir* 1991; 46:627-30.
2. Colombo C, Paletto AE, Maggi G, Masenti E, Massaioli N. *Trattato di Chirurgia*. II Edizione. Vol II. Edizione Minerva Medica, pag 1089-90.
3. Percival WL. Ureter within a sliding hernia. *Can J Surg* 1983; 26:283-6.
4. Tripathi VPN, Flint LD. Ureteral herniation. *Ann Surg* 1969; 169:417-9.
5. Ballard J, Dobbs RM, Malone JM. Ureteroinguinal hernia: a rare companion of sliding inguinal hernias. *Am Surg* 1991; 57:720-2.
6. Burstein JD, Lipshitz S, Weinstein RJ. Ureteral herniation: case report and literature review. *Mt Sinai J Med (NY)* 1986; 53:134-6.
7. Bondevik H. Inguinal prolapse of retroperitoneal fat («Fatty hernia»). Report of a case also involving the ureter. *Acta Chir Scand* 1966; 131:492-6.
8. Pollack HM, Popky GL, Blumberg ML. Hernias of the ureter-An anatomic-roentgenographic study. *Radiology* 1975; 117:275-81.
9. Biliotti G *et al*. Ernia inguino-scrotale bilaterale dell'uretere. *Chirurgia* 1991; 11:625.