

Inguinal kanalda torsiyone over

Nevbahar Akçar Değirmenci, İ. Ragıp Özkan, Hüseyin İlhan

N. Akçar Değirmenci (E), İ. R. Özkan
Osmangazi Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

H. İlhan
Osmangazi Üniversitesi, Pediatrik Cerrahi Anabilim Dalı,
Eskişehir

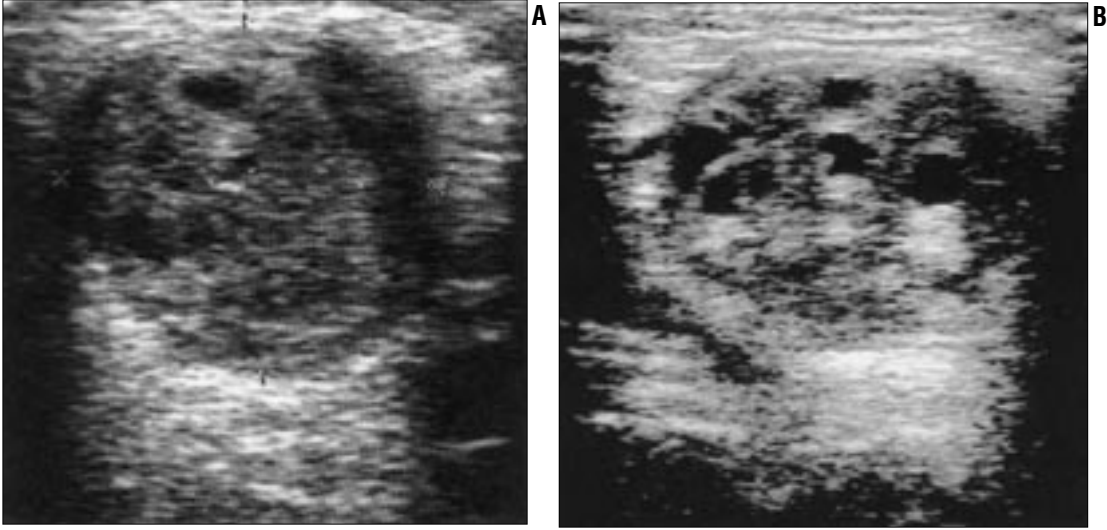
Inguinal ve skrotal herniler klinisyen tarafından saptanan en yaygın konjenital anomalilerdir. Testis, over ya da intestinal yapıların bir kısmının kaybedilmesi tehdi nedeniyle erken tanılar büyük önem kazanmaktadır. İnguinal herniler 100 canlı doğumda 1-2 oranında görülmekte olup erkek/kız oranı 4/1-10/1 gibi değerlerde bildirilmiştir (1). Prematürite inguinal herni riskini artıran en önemli faktördür. Aile öyküsü olması, kistik fibrozis, doğumsal kalça displazisi, inmemiş testis, ambigu genitalya, hipospadias, epispadias, asit, ventriküloperitoneal şant, periton diyalizi, konjenital karın duvarı defekti gibi faktörlerin insidansı artırdığı bilinmektedir. Ayrıca mukopolisakkaridoz ve Ehler Danlos gibi bağ dokusu hastalıkları da risk oluşturmaktadır (1). Ultrasonografi (US), kasık gibi yüzeysel bölgelerin değerlendirilmesinde önemli bir tanı aracıdır (2). Bu çalışmada çocukluk yaş grubunda nadir olarak ortaya çıkan over torsiyonunun tanısında US'nin yerini ve US bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu bildirisi

İnguinal bölgede, 2 gündür geçmeyen şişlik nedeniyle hastanemizin acil polikliniğine getirilen 12 aylık kız bebeğin doğumundan 2 ay sonra başlayan konstipasyon öyküsü mevcuttu. Konstipasyon dönemlerinde sol kasıkta tekrarlayan, kısa sürede kendiliğinden düzelen şişlik tarif edildi. İki gün önce yapılan aşı sonrası kasıkta tekrar şişlik olması ve giderek artması üzerine olgunun acile getirildiği belirtildi. Gri skala US incelemede kasık bölgesinde 25 mm çapında, düzgün konturlu, içerisinde en büyüğü 5 mm çapında birden fazla kistik yapılar bulunan nodüler ekojen görünüm izlendi (Resim 1). Yapılan renkli Doppler US (RDUS) incelemede nodüler yapının içinde vaskularizasyon saptanmadı. Görünümün torsiyone overe ait olduğu düşünüldü ve olgu acil koşullarda operasyona alındı. Operasyon sonucu fitik kesesi içinde torsiyone over tanısı doğrulanarak oofektomi yapıldı, fitik kesesi onarıldı.

Tartışma

Yenidoğan döneminde inguinal herniler peritoneal cebin açık kalması nedeniyle oluşmaktadır. Peritoneal cep, uterustan büyük labiaya uzanan yuvarlak ligament ile ilişkili olup 'Nuck divertikülü' olarak bilinir. Bu divertikül erkek çocuklarda vajinal prosese karşılık gelir. Prematürite, divertikül veya prosessus vajinalisin açık kalmasından dolayı



Resim 1. A. Sağ inguinal bölge ultrasonogramı. Yüzeysel prob ile inguinal kanalda boyutları artmış, yuvarlak torsiyone over görülüyor. **B.** Torsiyone overde birden fazla küçük boyutlarda anekoik kistler dikkati çekiyor.

herninin ortaya çıkmasında risk oluşturmaktadır (2). Akciğer ile ilgili problemler, kabızlıkta karın içi basınç artışına neden olan ıkınma ve aşırı ağlama erken yaşlarda inguinal herni riskini artıran faktörlerdendir (2). Olgumuzda da 10 aydır devam eden kabızlık öyküsü bulunması, aşırı ağlamaya neden olabilecek aşından 2 gün sonra ortaya çıkması bu etkenlerin önemini vurgulamaktadır.

İnguinal kanalda herni kesesi ince barsak, mesane, omentum, testis, over, Fallop tüpü ve uterus içerebilir (3). Bir çalışmada redükte olmayan inguinal hernili kız çocuklarının %82'sinde over herniasyonu saptanmıştır (4). Bizim olgumuzda sonografik olarak fitik kesesi içinde sadece torsiyone over izlenmiş olup operasyon sonrası tanı doğrulanmıştır.

Çocuklarda redükte olmayan hernilerin %70'inden fazlası bir yaşın altında görülür ve en önemli komplikasyonu %31 oranında ortaya çıkan inkarsasyonudur (4). Boğulma, iç inguinal halkadan geçen herni içeriğinin sıkışması sonucu oluşur. Yenidoğanda herni içinde sıkışmış overler torsiyon riski taşır. Kız çocuklarında ağırlı her herni olgusunda torsiyone over akla gelmelidir. Bu nedenle acil olarak değerlendirilmelidir (4).

Literatür araştırıldığında olguların çoğunun irredüktabl over herniasyonları olduğu görüldü. Ancak over her-

niasyonlarının redüktabl formları da klinik olarak bilinmektedir (3). Bu nedenle literatürdeki olgularla prevalansın belirlenemeyeceği bildirilmektedir (2). Bizim olgumuzda da benzer öykü alınmış olup daha önceden sık tekrarlayıp kısa sürede geçen inguinal şişlik mevcuttu.

İnguinal over hernilerinde çapları 1-7 mm arasında değişen çok sayıda kist izlenir. Ancak bunlar gerçek folikül kistleri değildir, ovum içermezler (3). Sirkülasyon yetersizliğinden dolayı folikül içine sıvı birikimi sonucu multifoliküler büyüme olmaktadır (5). Bizim olgumuzda da sonografik olarak en büyüğü 5 mm çapında dağınık yerleşimli çok sayıda kistik oluşum izlendi (Resim 1B). Yüzeysel yapıların incelenmesinde özellikle yüksek çözünürlüklü ultrasonografinin rolü oldukça iyi bilinmektedir. Sonografi, herniasyon içeriğini saptamada önemli tanı aracıdır (3). Bizim olgumuzda fitik kesesi içinde overden başka anatomik yapı gözlenmedi. Doppler US vasküler yapıların saptanmasında son yıllarda önemi daha da iyi kavranan noninvaziv bir görüntüleme yöntemidir. Nekroz gelişen torsiyone overlerin %40'ında RDUS ile yüksek dirençli ya da düşük hızlı periferik arteryel akım saptanabilir, santral venöz akım alınmaz. Ancak nekrozun henüz gelişmediği olgularda hem periferik hem de santral arteryel-venöz akım

formları izlenebilir. (6). Renkli Doppler US ile over pedikülündeki vasküler yapılar değerlendirilerek torsiyone overin tamamen iskemiye gidip gitmediği anlaşılabilir (7). Over morfolojisinin normal kaldığı yarı-torsiyone olgularda RDUS periovaryen damarlardaki konjesyonu rahatlıkla gösterebilmekte, klinik ile birlikte değerlendirildiğinde tanıya gitmek kolay olmaktadır (8). Olgumuzun RDUS incelemesinde herniye overde ve periovaryen bölgede vasküler yapıyı temsil edebilecek görünüm saptanmadı.

İnguinal kanalda yerine geri dönmeyen overler inkarsasyon göstermeler bile torsiyone olabilmekte ve cerrahi müdahale gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Cerrahi gerektiren ve gerektirmeyen olguların ayırımında hasta öyküsü, palpasyon ve laboratuvar bulgularının yanında gri skala ve RDUS de güvenle kullanılacak değerli tanı yöntemleridir.

CASE REPORT: OVARIAN TORSION IN INGUINAL CANAL

Inguinal and scrotal hernias are two most common congenital anomalies observed by clinicians. The possibility of ovarian torsion following recurrent inguinal hernia is well known. Ultrasound examination of the inguinal region of a female infant showed a spherical, enlarged ovary with multiple tiny cysts. After the diagnosis of ovarian torsion, the patient underwent oophorectomy. It is possible to diagnose inguinal emergencies by high resolution ultrasonography.

Key words: • ovary • torsion • hernia, inguinal • ultrasonography • color Doppler ultrasonography

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:388-390

Kaynaklar

1. Scherer LR, Grosfeld JL. Inguinal hernia and umbilical anomalies. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40:1121-1131.
2. Oudesluys-Murphy AM, Teng HT, Boxma H. Spontaneous regression of clinical inguinal hernias in preterm female infants. *J Pediatr Surg* 2000; 35:1220-1221.
3. Goske MJ, Emmens RW, Rabinowitz R. Inguinal ovaries in children demonstrated by high resolution real-time ultrasound. *Radiology* 1984; 151:635-636.
4. Merriman TE, Auld AW. Ovarian torsion in inguinal hernias. *Pediatr Surg Int* 2000; 16:383-385.
5. Salem S. The uterus and adnexa. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnostic Ultrasound*. St Louis: Mosby Year Book, 1991; 399.
6. Fleischer AC, Stein SM, Cullinan JA, Warner MA. Color Doppler sonography of adnexal torsion. *J Ultrasound Med* 1995; 14:523-528.
7. Lee EJ, Kwon HC, Joo HJ, Suh JH, Fleischer AC. Diagnosis of ovarian torsion with color Doppler sonography: depiction of twisted vascular pedicle. *J Ultrasound Med* 1998; 17:83-89.
8. Shalev J, Mashiach R, Bar-Hava I, Girtler O, Bar J, Dicker D, Meizner I. Subtorsion of the ovary: sonographic features and clinical management. *J Ultrasound Med* 2001; 20:849-854.