

İnguinal Bölgede Portal Hipertansiyona Bağlı Kollateral Vasküler Yumak; İnguinal Herni ile Ayırıcı Tanı

Collateral Vessels due to Portal Hypertension in the Inguinal Region; Differential Diagnosis with Inguinal Hernia

Hakan Abdullah Özgül, Işıl Başara Akın, Canan Altay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

İnguinal bölgede şişlik sık karşılaşılan bir klinik bulgu olup en sık nedeni inguinal hernilerdir. Herniler dışında; lenf nodları, hematoma ve abse gibi yaygın sebepler ile spermatik kord tümörleri, endometriozis, leiomyoma, round ligaman varikozitesi ve retroperitoneal kitleler gibi nadir sebeplerle de inguinal şişlik oluşabilmektedir. Burada, inguinal şişlik yakınması olan ve daha önce portal hipertansiyon varlığı bilinmeyen 39 yaşında erkek hastada, paraumbilikal ven ile sol femoral ven arasındaki kollateral vasküler yapılara ait kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) inceleme bulguları sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: İnguinal herni, portal hipertansiyon, kollateral vasküler ağ, US, BT.

Geliş Tarihi: 10.03.2019

Kabul Tarihi: 17.05.2020

ABSTRACT

Inguinal swelling is a common clinical finding and the most common cause is inguinal hernia. Outside the hernias; inguinal swelling may occur due to common causes such as lymph nodes, hematoma and abscess. In addition, inguinal swelling can be seen due to rare causes such as spermatic cord tumors, endometriosis, leiomyoma, round ligament varices and retroperitoneal masses. Herein, we present the findings of contrast-enhanced abdomen computed tomography examination of collateral vascular structures between the paraumbilical vein and the left femoral vein due to portal hypertension in a 39-year-old male patient who complained inguinal swelling.

Key Words: Inguinal hernia, portal hypertension, collateral vessels, US, CT.

Received: 03.10.2019

Accepted: 05.17.2020

ORCID IDs: H.A.Ö.0000-0001-6123-0668, I.B.A.0000-0002-0786-1490, C.A. 0000-0003-0417-7770

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr.Hakan Abdullah Özgül, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı. Mithatpaşa Cad. İnciraltı 35340 İzmir, Türkiye E-posta: haozgul@hotmail.com

©Telif Hakkı 2020 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2020 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2020.148>

GİRİŞ

Inguinal herni, inguinal şişliğin en sık sebebidir. İnguinal şişliğin ayırıcı tanısında herni dışında büyümüş lenf nodları, hematoma ve abse öncelikle akla getirilmelidir. İngilizce literatürde nadir olmakla birlikte, inguinal şişliğe neden olmuş spermatik kord tümörleri, endometriozis, leiomyoma, round ligaman varikozitesi ve retroperitoneal kitlelerin uzanımı da gösterilmiştir. Bu yazıda, inguinal bölgede şişliğe neden olarak inguinal herniyi taklit eden, portal hipertansiyona bağlı paraumbilikal ven ile sol femoral ven arası şanta sahip ait hastanın kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinin sunulması amaçlanmıştır.

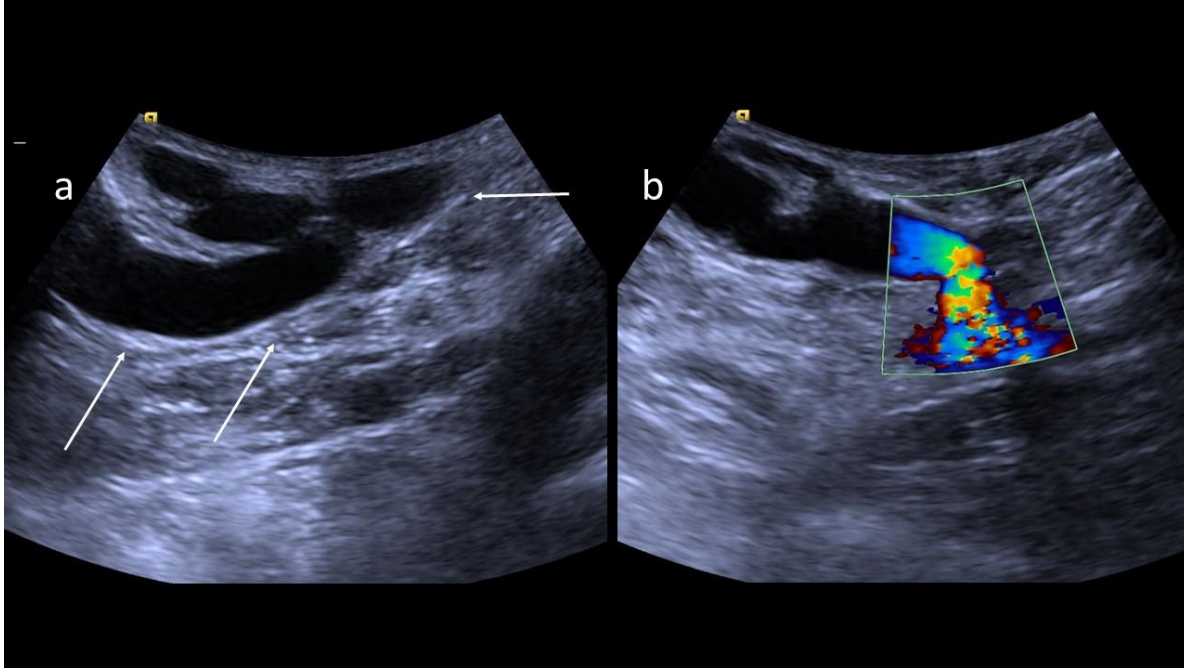
OLGU SUNUMU

Hastanemiz Genel Cerrahi polikliniğine, son bir aydır oluşan sol inguinal herni ile başvuran ve 39 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik saptanmamıştır. Yapılan fizik muayenede sol inguinal bölgede yaklaşık 6x10 cm ve umbilikus sol superolateralinde 4x6 cm boyutta iki adet palpasyonla ağrısız, Valsalva manevrası ile boyut değişikliği göstermeyen yumuşak doku şişliği saptanmıştır. Hastaya yapılan yüzeysel doku ultrasonografi (US) incelemesinde sol inguinal bölgede çapı 20 mm'ye ulaşan, dilate, tortüvöz seyirli, sol femoral ven ile bağlantılı kollateral vasküler yapılar izlenmiştir (Resim 1a).

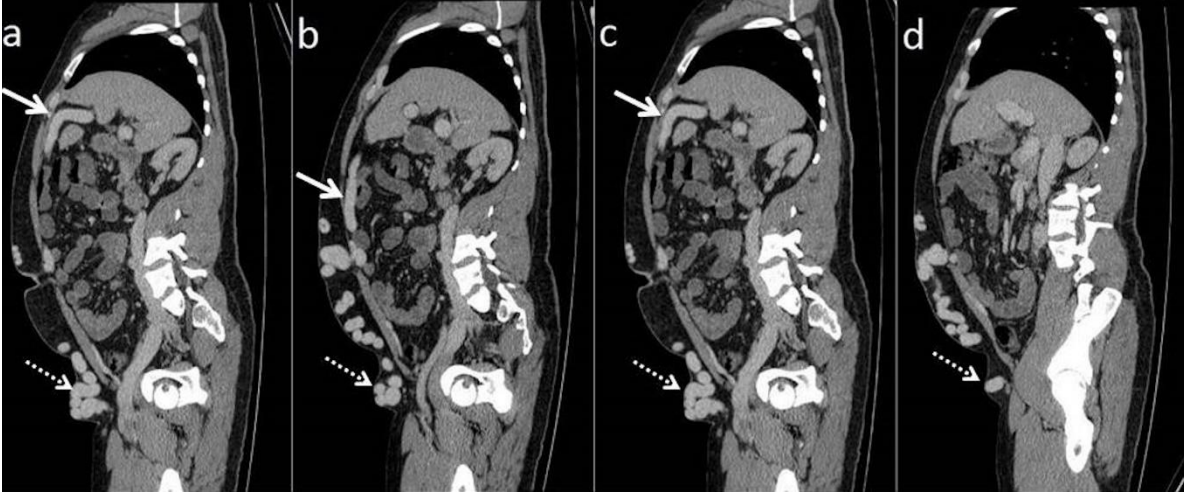
Bu yapılarla yönelik renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) muayenesinde, tariflenen kollateral vasküler yapılar içerisinde akım kodlanmıştır (Resim 1b).

Bu bulgular üzerine hasta Radyoloji Anabilim Dalı'na intravenöz (IV) kontrastlı abdomen BT çekimi için yönlendirilmiştir. Yapılan biyokimyasal testlerde, hastanın trombosit sayısı 121.000/mm³ ile normalden az iken; AST (59U/L), ALT (51U/L), total bilirubin (1,18mg/dL) ve direkt bilirubin (0,22mg/dL) değerleri normalden yüksek olarak ölçülmüştür. Bunların dışındaki tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile inflamatuvar markerlar normal sınırlarda saptanmıştır.

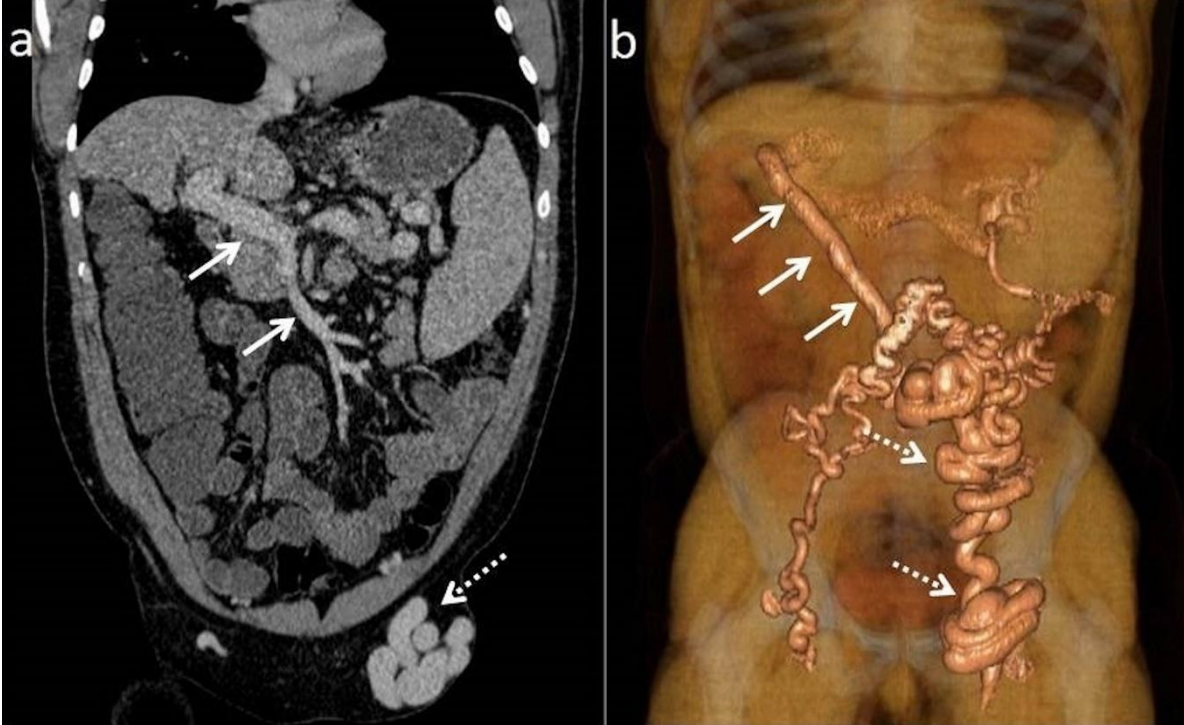
IV kontrastlı abdomen BT'de kronik karaciğer parankim hastalığı ile uyumlu karaciğer konturlarında ondülasyon, sol lob ve kaudat lobda hipertrofi, portal hipertansiyon, splenomegali ve yaygın kollateral vasküler yapılar vardır (Resim 2). Splenoretroperitoneal ve splenorenal şanta ait kollateral vasküler yapılar, rekanalize ve dilate paraumbilikal ven, umbilikus düzeyinden sol inguinal bölgeye ilerleyen ve sol femoral vene açılan kollateral vasküler yapılar ait yumak saptanmıştır (Resim 2 ve 3). Umbilikus sol superolateralinde cilt altı seviyede ele gelen şişlik ise BT incelemede rekanalize paraumbilikal ven ile ağzlaşan ve sol ana femoral vene dökülen dilate ve tortüvöz kollateral damarlara ait yumuşak doku şişliği olarak bulunmuştur (Resim 3). Abdomen BT inceleme bulguları ile hastaya kronik karaciğer parankim hastalığına bağlı portal hipertansiyon, portosistemik şanta bağlı kollateral vasküler yapılar ait karın ön duvarında ve sol inguinal bölgede şişlik tanısı konmuş ve hasta tedavisinin planlanması için Gastroenteroloji Bilim Dalı'na yönlendirilmiştir.



Resim 1 B-mod US'de (a) sol femoral ven ile ağzlaşan, tortüvöz seyirli, kollateral vasküler yapılar (beyaz oklar) ve RDUS'ta (b) bu yapılar içerisindeki kan akımına ait görünüm izlenmektedir.



Resim 2 IV kontrastlı abdomen BT'ye ait sıralı sagittal kesitlerde; yaygın kollateral vasküler yapılar, rekanalize paraumbilikal ven (beyaz ok), umbilikus düzeyinden sol inguinal bölgeye ilerleyen ve sol femoral vene açılan vasküler yapılar (kesikli ok) dikkati çekmektedir.



Resim 3 Koronal kesitlerde kronik karaciğer parankim hastalığı ile uyumlu karaciğer konturlarında ondülasyon, sol lob ve kaudat lobda hipertrofi, splenomegali, rekanalize umbilikal ven (beyaz ok) ile yaygın kollateral vasküler yapılar (kesikli ok) izlenmektedir (3a). 3D reformat koronal görüntülerde splenoretroperitoneal ve splenorenal şantlara ait kollateral vasküler yapılar, rekanalize ve dilate paraumbilikal ven (beyaz ok) ile ağzlaşarak sol ana femoral vene dökülen dilate ve tortiyöz kollateral damarlar (kesikli ok) görülmektedir (3b).

TARTIŞMA

Karaciğer sirozu, uzun dönemde ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan, etiyolojisi çeşitlilik gösteren kompleks bir hastalıktır. Siroza bağlı gelişen asit, ensefalopati, trombositopeni gibi komplikasyonlardan birisi olan ve artmış portal ven basıncı ile oluşan porta sistemik şanta bağlı kollateral vasküler yapılar, özofagus alt ucu, mide komşuluğu, dalak çevresi ve sol renal ven ile dalak arasında daha sık olmakla birlikte pek çok farklı lokalizasyonda görülebilmektedir. Tanı ve takipte US, RDUS ve abdomen BT incelemeler başta olmak üzere görüntüleme yöntemleri önem taşımaktadır. Portal hipertansiyona bağlı rekanalize olmuş paraumbilikal ven ve karın ön duvarında yaygın kollateral ağ oluşumu Cruveilhier-Baumgarten Sendromu olarak bilinmektedir ve tüm siroz hastaları içinde sıklığı %6 - %30 arasında değişmektedir (1,2). Paraumbilikal venin karın ön duvarındaki kollateral aracılığı ile iliak ve femoral venlere dökülmesi çok nadir bir komplikasyondur. İnguinal bölgede kollateral damar yumağı nedeniyle yumuşak doku şişliği oluşmakta olup ve vasküler kökenli inguinal şişlik nedenleri arasında ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

İnguinal herni, inguinal şişliğin en sık nedenidir. İndirekt ve direkt inguinal herniler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İndirekt inguinal herniler erkeklerde daha sık olarak saptanmaktadır ve direkt inguinal hernilere kıyasla daha sık strangülasiyona neden olmaktadır (3,4). İnguinal bölgede şişliğin ayırıcı tanısında klinik öykü ve fizik muayene bulguları önemlidir. Vasküler nedenlere bağlı inguinal şişlik, diğer nedenler arasında %1'den daha azdır. Ciltte ekimoz saptanması, şişliğin yapılan kompresyona yanıt vermesi ve şişlik üzerinde trill varlığı durumunda da öncelikle psödoanevrizma ya da venöz kollateraller düşünülmelidir. Fizik muayene bulgularına ek olarak radyolojik görüntüleme bulguları tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde önemli bir role sahiptir.

Hızlı ulaşımları, düşük maliyeti ve hastanın iyonizan radyasyona maruz kalmaması nedeniyle B-Mod US ve RDUS tanıda ilk sırada kullanılması gereken görüntüleme yöntemleridir. İleri inceleme yöntemleri olarak abdomen BT ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinden de tanıda yararlanılmaktadır. Uygun endikasyon ile yapılan radyolojik incelemeler hastanın tanısını erken dönemde koymakta ve tedavisini yönlendirmektedir.

Sonuç olarak; inguinal şişlik ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda pek çok hastalık arasında siroza bağlı gelişen kollateral vasküler yapılar sık rastlanmayan bir neden olup yüksek morbidite ile seyrebilmesi nedeniyle girişim öncesi doğru tanı önemlidir. İnguinal şişlik şikayeti ile başvuran hastalarda, alınacak operasyon kararı öncesinde hastanın uygun görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi olası komplikasyonların önlenmesi ve tedavinin başarısı açısından yol göstericidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

- 1-Mostbeck GH, Wittich GR, Herold C et al. Hemodynamic Significance of the Paraumbilical Vein in Portal Hypertension: Assessment with Duplex US. Radiology 1989; 170:339-342.
- 2-Sharma M, Rameshbabu CS. Collateral Pathways in Portal Hypertension. Journal of Clinical and Experimental Hepatology 2012; 2:338-352.
- 3-Burkhardt JH, Arshanskiy Y, Munson JL, Scholz FJ. Diagnosis of Inguinal Region Hernias with Axial CT: The Lateral Crescent Sign and Other Key Findings. RadioGraphics 2011; 31(2):E1-E12.
- 4-Özkurt H, Karatağ O, Karaarslan E, Başak M. Clinical and CT findings of epiploic appendagitis within an inguinal hernia. Diagn Interv Radiol 2007; 13:23-25.