

Preoperatif bilgisayarlı tomografi ile tanı alan nadir bir olgu: De Garengéot Hernisi

Preoperative diagnosis of De Garengéot Hernia by computed tomography: case report

Ezgi Kartal, Arda Kayhan, Tevfik Güzelbey, Nail Uzunlulu

OLGU SUNUMU

Abstract

De Garengéot hernia describes a femoral hernia containing the appendix. It is one of the serious causes of abdominal emergency surgery which is usually diagnosed intraoperatively due to difficulty in preoperative assessment. It accounts for 0.5-5% of all femoral hernias. The incidence of an inflamed appendix within a femoral hernia sac is extremely rare accounting for 0.08-0.13%. Computed tomography findings of appendicitis in de Garengéot hernia sac in a 66 year old female patient with a complaint of pain and bulging in the right groin was discussed accompanied by literature. Preoperative assessment of the radiologic findings of this entity plays a crucial role in decision of surgical approach; therefore awareness of radiologists about this hernia type is important.

Keywords: Femoral hernia, De Garengéot Hernia, appendicitis, computed tomography

Giriş

De Garengéot hernisi, femoral herni içinde apendiks varlığını tanımlamaktadır. Çok nadir karşılaşılan bir tablo olup genellikle operasyon sırasında tanı alabilmektedir. Herni kesesi içindeki apendiks enflamasyonu ise literatürde daha nadir görülmektedir. Bu klinik antite, tüm apandisit olguları içerisinde %0,13-1 insidansa sahiptir. Makalemizde, de Garengéot hernisi içinde gelişen apandisit olgusunun bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları literatür eşliğinde tartışıldı.

Olgu sunumu

Sağ kasıkta 3 gündür devam eden ağrı ve şişlik yakınması ile acil servise başvuran 66 yaşında kadın olgunun fizik muayenesinde, sağ inguinal bölgede palpasyonda sert kitle saptandı. Bu lokalizasyonda hassasiyet ve defans mevcuttu. Beyaz küre sayısı 5340/mm³ olup normal sınırlardaydı. C- Reaktif Protein düzeyi 23 mg/L olup yüksek bulundu. Acil serviste yapılan yüzeyel ultrasonografik değerlendirilmede, sağ inguinal bölgede 5.7 mm çaplı, nonkompresye tübüler yapı ve çevre yağlı planlarda ekojenite artışı saptandı. Olgu, bu bulgularla klinik ve radyolojik takibe alındı. Takip sırasında olgunun yakınmalarında düzelme olmaması nedeniyle tüm batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı (SOMATOM Emotion 16; Siemens Medical Solutions, Erlangen, Almanya). Kontrast madde alerjisi öyküsü nedeniyle inceleme intravenöz kontrast madde verilmeden gerçekleştirildi. Elde edilen görüntüler sagittal ve koronal reformat görüntüler eşliğinde değerlendirildi. Sağ alt kadranda, çekum posterior duvarından çıkan 8 mm çaplı tübüler yapı apendiks ile uyumlu

olarak değerlendirildi ve femoral herni kesesi içerisine uzandığı görüldü (Resim 1a, 2a, 2b). Komşu yağlı planlarda heterojen dansite artışları saptandı ve enflamasyon lehine değerlendirilerek, femoral herni kesesi içinde enflame apendiks varlığı düşünüldü (Resim 1a, 1b, 2a, 2b). Olgu bu bulgularla, genel cerrahi kliniğine referans edildi. Femoral herni kesesi içindeki enflame apendiks yönelik laparoskopik olarak apendektomi ve prostetik materyal kullanılarak herni defekti onarımı yapıldı. Operasyon sonrasında patolojik değerlendirme flegmonöz apandisit olarak bildirildi.

Tartışma

De Garengéot hernisi, apendiks femoral herni içerisinde yer almasını tanımlamaktadır. Bu durum ilk kez Fransız cerrah Rene Jacques Crosissant de Garengéot tarafından 1731'de tanımlanmış olup, genellikle cerrahi sırasında tanısı konan çok nadir bir tablodur. Tüm femoral herniler içinde %0,5-5 sıklıktadır. Herni kesesi içindeki apendiks enflamasyonu ise literatürde daha nadir görülmekte olup %0,08-0,13 sıklıktadır. Bu klinik antite, tüm apandisit olguları içerisinde %0,13-1 insidansa sahiptir. Daha sık görülen ve cerrahlar açısından da daha iyi bilinen, inguinal herni içerisindeki apendiks tanımlayan Amyand hernisi ile sıklıkla karışabilmektedir. Femoral hernilerin kadınlarda daha sık görülmesi nedeniyle, bu antite kadın popülasyonunda daha yüksek insidanslıdır. Apendiks lokalizasyonu nedeniyle sağ alt kadranda daha sık izlenmektedir. Ancak sol tarafta ya da inguinal, umbilikal, obturator veya insizyonel hernilerde de saptanabilmektedir.

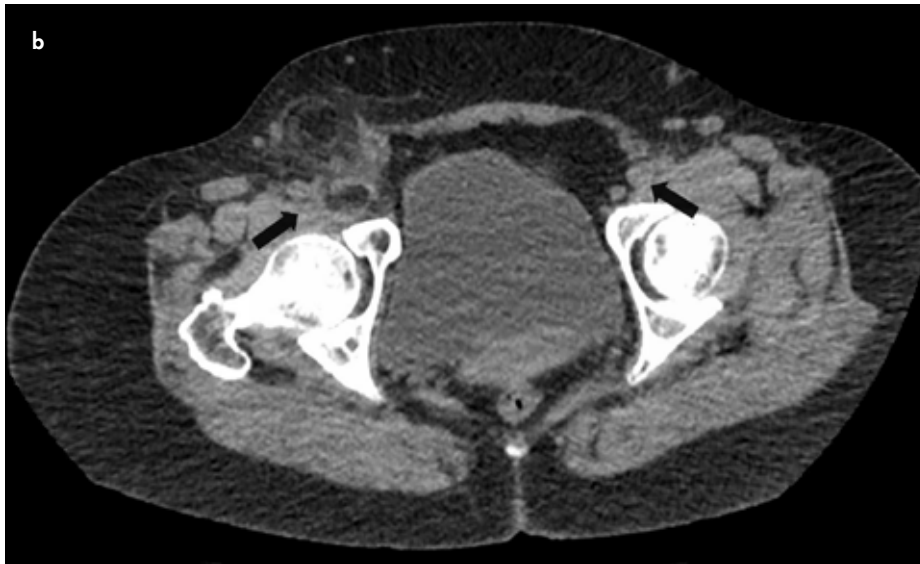
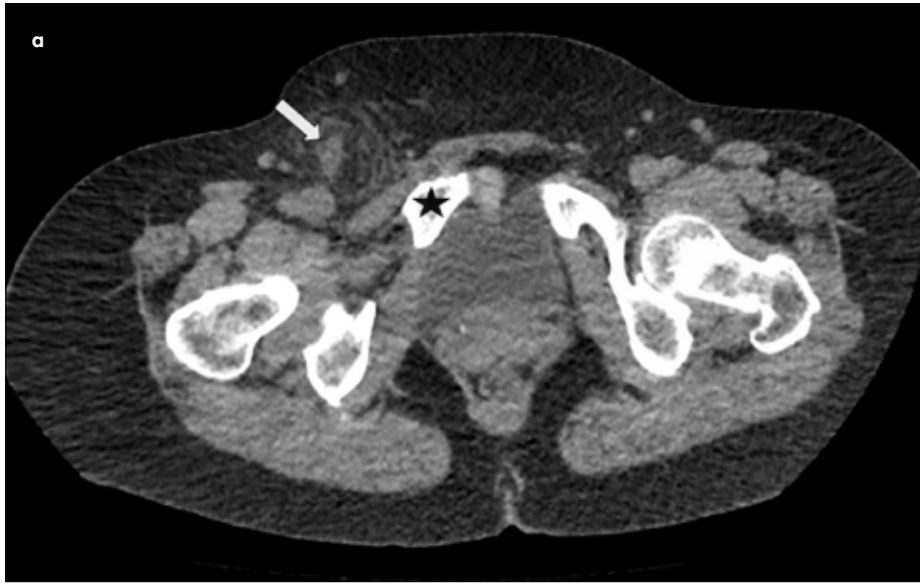
İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar:
Ezgi Kartal

E-posta:
ezgikartal91@gmail.com

©Telif Hakkı 2017 Türk Radyoloji Derneği - Makale metnine www.turkradyolojidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Turkish Society of Radiology - Available online at www.turkradyolojidergisi.org



Resim 1. a, b. (a) Aksiyal kontrastsız BT görüntüsünde, pubik tuberkül (yıldız) lateralindeki herni kesesi içinde apendiks distal kesimi izleniyor (beyaz ok). (b) Kese boynu seviyesinde, a'nın superiorundan alınan aksiyal kontrastsız BT kesitinde, sol femoral vendede kese boynu basısına bağlı belirgin kompresyon (siyah oklar)



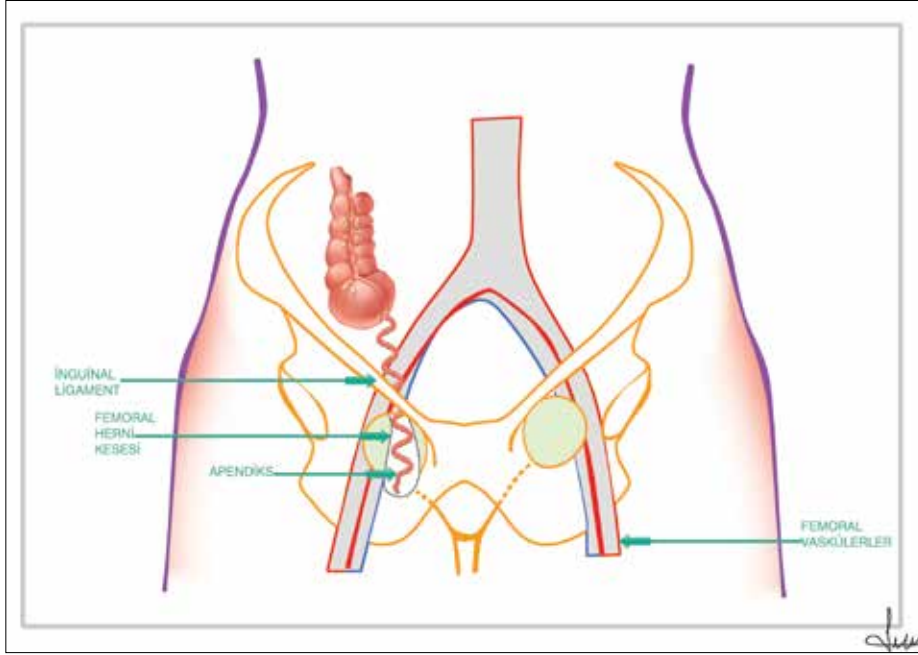
Resim 2. a, b. Kontrastsız koronal (a) ve sagittal (b) multiplanar rekonstrüksiyon BT kesitlerinde: Apendiksin (beyaz ok) inferiorda femoral kanala doğru uzanımı dikkati çekiyor. Çekum posteriorundan çıkan ve femoral herni kesesi içine uzanan ödemli apendiksini tamamı izlenebiliyor (beyaz ok)

Femoral herni kesesinde apendiks izlenmesi, apendiksin anatomik olarak değişken yerleşim göstermesi, embriyolojik barsak rotasyonu sırasında çekumla anormal birleşme göstermesi ya da pelvise uzanım gösteren geniş bir çekum mevcudiyeti sonucu oluşmaktadır [1]. Bu antite ile ilgili öne sürülen iki farklı görüş mevcuttur [1-3]. Bu görüşlerden birisi, apandisit tablosunun önce gelişip, herni kesesi içine sonradan girmiş olabileceği şeklindedir. Öte yandan, kese içerisindeki apandisit bulgusunun, hernide gelişen strangülasyon sonrasında ortaya çıktığı da öne sürülmektedir. Ancak, sıklıkla ikinci görüş kabul edilmektedir. Hussain ve ark. [2] ya-

yınladıkları olgu sunumunda, apendiksin bir kısmının femoral herni kesesi içinde yer aldığı ve enflamasyon olduğu, batın içinde kalan segmentinin ise normal görüldüğünü bildirmiştir. Çalışmacılar, herni kesesi içindeki apendiks segmentinde gelişen enflamasyonun, herni kesesi boynundaki strangülasyona sekonder geliştiğini öne sürmüşlerdir. Barbaros ve ark. [3], dar ve rijid femoral kanalın, apendikte ekstraluminal obstrüksiyona neden olarak iskemi oluşturduğunu ve buna bağlı olarak bir enflamasyon tablosunun ortaya çıktığını bildirmiştir. Nguyen ve ark. [1] da, kese boynundaki obstrüksiyona bağlı gelişen enflamasyon teorisini desteklemiş; ayrıca apandisit

sonrası perforasyon gelişmiş olsa bile, kese boynundaki bu darlık nedeniyle, enflamasyonun sınırlandığını belirtmiştir. Enflamasyonun batın içine yayılmadığı için, perforasyon nedeniyle beklenen peritonit tablosunun, bu antitede izlenemeyeceğini ileri sürmüşlerdir. Olgumuzda da hem radyolojik görünüm hem de operasyon bulguları, herni kesesi boynunda gelişen strangülasyona sekonder bir enflamasyonu göstermiş ve apendiksin batın içi kesiminin normal olduğunu ortaya koymuştur.

Kasıkta kitle saptanan olgularda, ayırıcı tanıda gelebilecek çeşitli klinik tablolar mevcut olup en yaygın nedenleri herniler ve lenf nod-



Şekil 1. Şekilde femoral arter ve ven medialinde yer alan femoral kanaldan inferiora doğru uzanımı izlenen femoral herni kesesi içindeki apendiks şematize hali görülmüyor

larıdır. Herniler, konjenital veya akkiz olarak görülen inguinal ve femoral herniler olarak sınıflandırılır. Ayrırcı tanıda metastatik lenf nodları ve yumuşak doku sarkomları gibi malign kiteller ya da lipom gibi benign lezyonlar düşünülebilir. Sellülit ve adenit gibi enflamatuvar patolojiler de ayrırcı tanıda bulundurulmalıdır. Ayrıca bu lokalizasyonda yüzeysel tromboflebitler de görülebilmektedir. Femoral anevrizma ve safenöz varikosel gibi vasküler lezyonlar da kasıkta kitle şeklinde görülebilmektedir.

Radyolojik olarak de Garengoot hernisi ile Amyand herni ayrırcı tanısını yapabilmek için, inguinal ve femoral herni ayrımı farkındalığı gerekmektedir. Cerrahi yaklaşımları oldukça farklı olan bu iki herni tipinin preoperatif radyolojik görüntülemelerle ayırt edilmesi önem taşımaktadır. Femoral herni, femoral arter ve ven mediyali, pubik tuberkül inferolateralinde izlenirken (Şekil 1, Resim 1a, 1b); inguinal herni, pubik tuberkül süperomedialinde yerleşim gösterir (4). Suzuki ve ark. [4] tarafından yapılan bir çalışma, tanımlanan lokalizasyon farklılıkları ve buna bağlı olarak, femoral hernilerde beklenen femoral ven kompresyon bulgusunun, bu iki herninin radyolojik olarak ayırt edilmesinde yol gösterebileceğini desteklemektedir. Olgumuzda da, literatürde tanımlanan bu bulgular dikkate alınarak tanı koymak mümkün olmuştur. Literatürde femoral herni kesesi içinde apendiks ile birlikte Richter hernisi ve Littre hernisi varlığını bildiren yayınlarda mevcuttur.

İleri yaşta kadın hastalarda strangule herni saptanması durumunda, ayrırcı tanıda düşünülebilecek olan de Garengoot hernisi, genellikle intraoperatif tanı almakla beraber, nadiren olgumuzda olduğu gibi preoperatif radyolojik görüntülemelerle de saptanabilmektedir. Kasıkta kitle saptanan olgularda BT görüntülemenin, ayrırcı tanıda yer alan diğer patolojileri de ortaya çıkarabilmesi göz önünde bulundurulduğunda, en yararlı modalite olduğu düşünülmektedir. Koronal ve sagittal reformat görüntüleri de, bu bölgenin anatomik olarak ayrıntılı değerlendirmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca klinik olarak ayrımı güç olan inguinal ve femoral herninin, kesitsel incelemelerde anatomik lokalizasyon açısından, belirgin görüntüleme bulgularının olması da klinisyenlere yol gösterici olabilmektedir. Literatürde, preoperatif BT inceleme ile tanı konulan dört olgu bildirilmiştir [5-8]. Tipik BT görünümü, aşağı yerleşimli çekum ile ilişkili barsak segmentinin herni kesesi içinde izlenmesidir. BT görüntüleri değerlendirilirken, pubik tuberkül lateralinde, femoral veni komprese ettiği izlenen herni kesesi saptanması femoral herniyi düşündürmelidir. Kese içinde yer alan ve batına devamlık gösteren tübüler yapının, çekum ile ilişkili olduğunun görülmesi, de Garengoot hernisi tanısı için yeterli olacaktır. Herni kesesinde saptanan enflamasyon bulguları ise eşlik eden apandisit varlığını gösterecektir. Kesin tanı preoperatif inceleme ve patolojik verifikasyon ile konmaktadır. Tanısı geciken olgularda apandisit ve femoral herninin neden olabileceği komplikasyonlar birlikte

ve çok daha dramatik bir tabloyla karşımıza çıkabilmektedir.

Sonuç

Femoral herni kesesi içinde izlenen apendiks dokusu ve bazı olgularda da bu dokunun inflamasyonunu tanımlayan de Garengoot hernisi nadir görülen bir tablodur. Tanısı genellikle operasyon sırasında cerrahlar tarafından konulmaktadır. Bu iki klinik tablonun semptomlarının birlikte ve/veya ayrı olarak izlendiği, özellikle ileri yaşta kadın olgularda preoperatif radyolojik görüntülemelerde, ayrırcı tanıda akla gelmesi durumunda, radyologların da tanıda anahtar rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Hasta Onamı: Retrospektif olarak hazırlanan yazıda, hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – E.K., T.G., N.U.; Tasarım – E.K., N.U., T.G.; Denetleme – N.U., T.G.; Kaynaklar – A.K., T.G., E.K.; Malzemeler – T.G., N.U.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – E.K., T.G.; Analiz ve/veya Yorum – A.K., T.G.; Literatür Taraması – E.K., A.K., T.G.; Yazıyı Yazan – E.K.; Eleştirel İnceleme – A.K., T.G., N.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg* 2004; 47: 68-9.
2. A Hussain, AAP Slesser, S Monib, et al. A de Garengoot Hernia masquerading as a strangulated femoral hernia. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5: 656-8. [CrossRef]
3. Barbaros U, Asoglu O, Seven R, et al. Appendicitis in incarcerated femoral hernia. *Hernia* 2004; 8: 281-2. [CrossRef]
4. Suzuki S, Furui S, Okinaga K, et al. Differentiation of femoral versus inguinal hernia: CT findings. *AJR* 2007; 189: 78-83. [CrossRef]
5. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *Br J Radiol* 2000; 73: 1013-4. [CrossRef]
6. Fukukura Y, Chang S. Acute appendicitis within a femoral hernia: multidetector CT findings. *Abdom Imaging* 2005; 30: 620-2. [CrossRef]
7. D'Ambrosio N, Katz D, Hines J. Perforated appendix within a femoral hernia. *AJR* 2006; 186: 906-7. [CrossRef]
8. Nicholas B, Todd M, Karin S. The French and their hernias: Prospective radiological differentiation of de Garengoot from other groin hernias. *J Radiol Case Rep* 2013; 7: 16-21.