

## *Case Report/Vaka Sunumu*

# A CASE REPORT: PERINATAL INGUINOSCROTAL HERNIA

## PERİNATAL İNGUİNSKROTAL HERNİ: BİR OLGU SUNUMU

Nazile Ertürk

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Muğla

---

### Abstract

---

Perinatal inguinal hernias are rare in newborn. It is possible to detect hernias with ultrasonography during antenatal anomaly screening. There were few reports on the issue and the earliest diagnosis has been made on 23rd week of pregnancy. The differential diagnosis of antenatal inguinoscrotal swelling includes hydrocel, testicular torsion, tumors, meconium peritonitis and hernia. In cases are showing difficulty in differential diagnosis, doppler ultrasonography and if necessary MRI are utilized. The operation should be carried out electively shortly after diagnosis because of the risk of incarceration. In this study, patients with neonatal incarcerated inguinal hernia is presented because of its rarity.

**Keywords:** fetal inguinal hernia, incarceration, newborn, patent processus vaginalis

---

### Özet

---

Perinatal inguinal herniler yenidoğanlarda nadir olarak görülür. Hernilerin antenatal anomali taraması sırasında ultrasonografi ile tespit edilmesi mümkündür. Bununla ilgili literatürde kısıtlı sayıda rapor mevcuttur ve en erken 23. gebelik haftasında tanı konulduğu görülmektedir. Antenatal inguinokrotal şişliklerin ayırıcı tanısında hidrosel, testis torsiyonu, tümörler, mekonyum peritoniti, herniler yer almaktadır. Fetal dönemde ayırıcı tanıda doppler ultrasonografi ve gereken durumlarda magnetik rezonans görüntüleme yararlanılmaktadır. Kesin tanı alan inguinal herniler inkarasyon riskine karşı geciktirilmeden ameliyat edilmelidirler. Bu çalışmanın yenidoğan inkarsere inguinal hernili olguların nadir görülmesi nedeniyle sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** fetal inguinal herni, inkarasyon, patent prosesus vajinalis, yenidoğan.

---

**Yazışma Adresi:** Nazile Öztürk Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Muğla

---

## Giriş

Çocuklarda indirek inguinal herniler, prosessus vajinalisin açık kalmasıyla oluşmaktadır (1). İnguinal herni görülme sıklığı zamanında doğan bebeklerde %3-5 arasında iken, 33 haftadan erken doğan bebeklerde %13'lere kadar yükselmektedir(2). Çocuklarda inguinal herniler genelde indirek herni şeklinde olup, tanı konulur konulmaz en erken dönemde onarımı yapılmalıdır (3). İnguinal herniler term bebeklerde nadiren doğum esnasında görülürler, genelde daha sonraki aylarda belirti verirler (4). Çok nadiren de olsa doğum esnasında belirti verirler. Bu çalışmanın yenidoğan inkarsere inguinal hernili olguların nadir görülmesi nedeniyle sunulması amaçlanmıştır.

## Olgu Sunumu

Vajinal yolla zamanında ve sorunsuz doğan 1 saatlik erkek bebek kasık şişliği nedeniyle tarafımıza danışıldı. Alınan öyküden bebeğin doğum sonrası ilk muayenesinde sağ kasıkta şişlik görüldüğü öğrenildi. Fiziki muayenede sağ kasık bölgesinde sağ skrotuma kadar uzanan şişlik olduğu tespit edildi (Resim 1). Cilt üzerinde herhangi bir renk değişikliği yoktu. İnguinal şişlik karın içine doğru uygulanan basıyla kayboldu. Testisleri skrotumdaydı ve sağ kommunike hidroseli mevcuttu. Başka patolojik bulguya rastlanmadı. Bebek anne yanında gözlem altına alındı. Bir gün sonra kasık şişliği yeniden gözlemlendi. Şişlik gergin ve hassastı. Şişlik karın içine itilmeye çalışıldı fakat kasıktaki hassasiyetten dolayı bebek aşırı huzursuzdu. Bebeğe sedasyon uygulandı ve bebek sakinleştikten sonra şişlik zorlukla karın içine itildi. Fıtığın boğulma ihtimali göz önünde tutularak bebeğin ağızdan alımı kesildi ve ameliyat için hazırlandı. Yapılan ultrasonografide (USG) karın içinde herhangi patolojik bulgu yoktu. Her iki

testis de normal olarak bulundu. Sağ skrotumda hidrosel saptandı. Aile öyküsünde annenin gebeliğe bağlı hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Bebek 2 günlükken ameliyata alındı. Ameliyat sırasında dokuların bir miktar ödemli olduğu gözlemlendi. Takiben fıtık kesesinin proksimal kısmına yüksek ligasyon ve distal kısmına fenestrasyon işlemi yapıldı. Ameliyat sırasında ve sonrası dönemde herhangi bir sorun yaşanmadı. Bebek 4 günlükken poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Resim 1. Sağ inguinokrotal şişlik



## Tartışma

Prosessus vajinalis genellikle postkonsepsiyonel 38 ile 48. haftalar arasında kapanmaktadır (2). Klinik bulgu vermese de prosessus vajinalisin yenidoğanlarda açık kalma oranı %43 ile %55 olarak bulunmuş ve %67 ile %91 oranında kendiliğinden kapandığı görülmüştür (5). Prosessus vajinalisin açık kalmasına karşın az bir kısmında inguinal herni gelişmektedir. Yenidoğan döneminde inguinal herni gelişme oranı 1000 canlı doğumda 10 - 20 arasındadır (6). İlk aylarda daha sıktır (6). Bebekler kilo alıp güçlendikçe ağlama sırasında karın içi basınç artmakta ve bu durum herni oluşumunu tetiklemektedir (6).

Gelişmiş ultrasonografik ekipmanların kullanımı rutin prenatal ultrasonografi muayeneleri sırasında diğer fetal anomalilerin yanı sıra inguinal herni

tespitine de olanak sağlamaktadır. Literatür taramasında en erken 23 haftalık fetüste herni tespit edildiği görülmektedir (7). Khatib N. ve ark. literatür taramasında antenatal inguinokrotal herni tanısı alan 10 olgu rapor edildiğini bildirmişlerdir (7). Bu çalışmalarında inguinal herniye asit, çoklu anomaliler, kalp hastalıkları, meningomyelose, omfalose ve malrotasyon gibi hastalıkların eşlik edebileceğini ve bu durumların karın içi basıncı artırdığından prosesus vajinalisin kapanmasını engelleyebileceğini ifade etmişlerdir.

Antenatal dönemde tespit edilen inguinokrotal şişliklerin ayırıcı tanısını hidrose, testis torsiyonu, tümörler, mekonyum peritoniti ve hernilerle yapılmaktadır (8, 9). Daha nadir olarak sakrokoksigeal teratomlar, hemanjiomlar, sakral meningomyelose ve testis tümörü ile karışabilmektedir (10). Fetal dönemde ayırıcı tanıda zorluk yaşandığı durumlarda doppler ultrasonografi ve gerekirse magnetik rezonans görüntüleme de yararlanılabileceği belirtilmektedir (11).

Shipp ve ark. yaptıkları çalışmada antenatal dönemde tespit edilen inguinal herni olgularında karın içi basıncı artıran nedenlerin olup olmadığını araştırmak gerektiğini söylemektedirler (10). Aynı zamanda skrotal herni tanısı doğumdan çok önce konulduysa doğuma kadar aralıklı olarak barsak tıkanıklığı açısından sonografik takibin faydalı olabileceğini vurgulamaktadırlar.

Olgumuzda antenatal dönemde yapılan USG'de kasık fitiği görülmemiş olmasına karşın bebeğin ilk muayenesi sırasında kasık şişliği fark edildi. Şişlik belki de ilk ağlamanın etkisiyle oluşmuştu. Kasık şişliği ilk görüldüğünde karın içine rahatlıkla itilirken, fakat yeniden oluşan şişlik zorlukla itilmiştir. Yeniden boğulma riskine karşı bebeğe geciktirilmeden ameliyat planlandı.

Literatürde zamanında doğmuş yenidoğanlarda boğulmuş fitik oranı %5 -%18 arasında iken,

prematüre bebeklerde bu oranın %18- %31'e kadar yükseldiği gösterilmektedir (12). Bu nedenle birçok cerrah hasta yoğun bakımdan çıkmadan önce fitik ameliyatını yapmayı tercih etmektedir. Fakat oluşabilecek mortalite ve morbidite göz önüne alındığında hem erken hem de zamanında doğan yenidoğanların ameliyatının elektif şartlarda yapılmasını önerenler de vardır. Ayrıca bazı yayınlar, vücut ağırlığının en az 2200 gr ve düzeltilmiş yaşın 40-60 hafta arasındayken ameliyat yapılmasının daha güvenli olacağını belirtmektedir (13). Boğulmuş fitiğe bağlı olarak gonad atrofisi, organ kayıpları, nüks oranlarının artması, yara enfeksiyonu ve hastanede kalış süresinin uzaması gibi başlıca problemler görülmektedir.

Kasık fitikleri genel olarak önemli morbidite ve önlenebilir mortaliteye sahiptir. Swenson'ın izlenimlerine göre çocuklarda inguinal herniler akut apandisitlerden daha tehlikelidir. Şöyle ki, 10 yıl içerisinde boğulmuş fitik nedeniyle iki vaka kaybedildiğini, fakat akut apandisit nedeniyle hiç kayıp yaşanmadığını bildirmiştir (11). Tiryaki ve ark. yaptığı çalışmada da 9 yıl içerisinde ölümle sonuçlanan 1 vaka olduğu, bunun da geç gelen ve boğulmaya bağlı barsak perforasyonu olan septik bir çocukta daha operasyona alınmadan gerçekleştiği bildirilmiştir (12).

Term ve preterm bebeklerde inguinal herni onarımı zamanlamasını belirlerken, ameliyat öncesi ve sonrası olabilecek riskleri tartmak gerekmektedir (14). Amerikan Pediatri Akademisinin de belirttiği gibi günümüzde literatür, risklerin ne olduğu ve dengeyi nasıl korumak gerektiği konusundaki sorulara net olarak cevap verememektedir (15).

Sonuç olarak çocuklarda görülen inguinal hernilerin en erken ve en güvenli dönemde onarılmasını önermekteyiz. Özellikle perinatal dönemde tanı almış ve boğulma riski taşıyan çocuklarda geciktirilmeden ameliyat yapılmasının daha uygun olacağı görüşündeyiz.

## **ASTHMA CASE OF TREATMENT RESİSTANT TEDAVİYE DİRENÇLİ ASTIMLI BİR OLGU**

Bülent Özbay<sup>1</sup>, Serdar Kalemci<sup>1</sup>, Neşat Çullu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Muğla, Türkiye

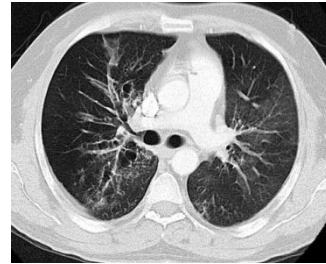
<sup>2</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Muğla, Türkiye

Astım tanısı ile takip edilen uzun zamandır inhaler uzun etkili beta mimetik ve yüksek doz kortikosteroid kombinasyonuna ilave olarak oral montelukast sodyum ve oral teofilin kullanmasına rağmen klinik yanıt alınamayan izlemde alerjik bronkopulmoner asperjillozis (ABPA) tanısı alan bir erkek olguyu sunuyoruz.

40 yaşında erkek hasta tedaviye dirençli (zor astım) sebebi ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişini sorgulandığında astım haricinde bilinen bir hastalığı ve astım ilaçları haricinde bir ilaç kullanımı yok idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral ronküsler duyuldu. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Serum total Ig E: 3000 IU/mL (normal sınır:0-30 IU/mL) saptandı. Serum total eozinofil: 3 K/ml (normal sınır: 0.10-1.49 K/ml) idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde santral bronşektaziler, sağ akciğer üst lob posteriorunda buzlu cam dansitesi, tomurcuklu dal manzarası (mukus dolu bronşiolle) ve aynı kesitte sol akciğerde mozaik perfüzyon, sol akciğer üst lob posteriorunda

periferik yerleşimli ön planda sekel vasıflı olduğu düşünülen dansite artımı izlendi (Resim 1). Aspergillus yönelik erken ve geç aşırı duyarlılık cilt testi, serum aspergillus spesifik Ig E testi hastanemizdeki olanaksızlıklar nedeni ile bakılamadı. Hastada alerjik bronkopulmoner asperjillozis (ABPA) düşünülerek 0.5 mg/kg/gün prednizolonbaşlandı. İzleminde kliniğinde belirgin düzelme izlendi.

### **Resim 1.**



Olgumuzda tedaviye dirençli astım, serum total IgE> 1000 IU/ml, eozinofili, santral bronşektazi, parankimal infiltrasyonlar olması sebebi ile alerjik bronkopulmoner asperjillozis (ABPA) düşünülmüştür (1).

Kaynaklar

1. Natarajan S, Subramanian P.  
Allergic bronchopulmonary  
aspergillosis: A clinical review of

24 patients: Are we right in frequent  
serologic monitoring? Ann Thorac  
Med 2014; 9(4): 216-20.

---

Yazışma Adresi: Dr.Serdar Kalemci  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları  
48000 Muğla, Türkiye  
Tel: 0252 2114829

---