

Η ενδιαφέρουσα περίπτωση του μήνα

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

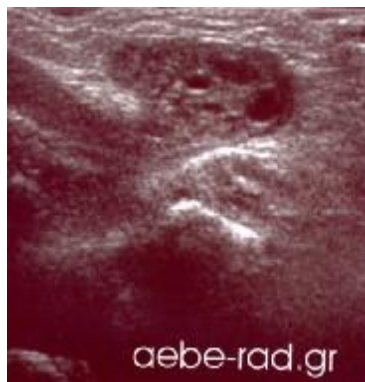


**Ψηλαφητή ευκίνητη
μάζα στην βουβωνική
χώρα θήλεος βρέφους**

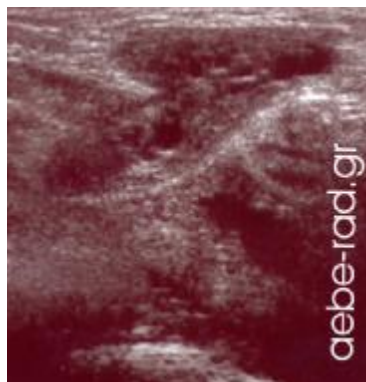
Παρουσιάζεται από:
Ραφαηλίδη Δ, Καζιάνη Θ,
Αποστόλου Δ.
Ακτινολογικό Εργαστήριο
Γ. Ν. «Γ. Γεννηματάς»
Θεσσαλονίκης

Θήλυ βρέφος ηλικίας 25 ημερών διεκομίσθη μετά τακτική παιδιατρική εξέταση στο νοσοκομείο μας με ψηλαφητή, ωοειδή μάζα, παρά το έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου προς το αριστερό μεγάλο χείλος του αιδοίου. Η διόγκωση δεν ανατάσσονταν με χειρισμούς του εξεταστή ιατρού.

Παραπέμφθηκε άμεσα στη μονάδα υπερηχογραφίας του Τμήματός μας, όπου διενεργήθηκε υπερηχογράφημα μαλακών μορίων στην υποδειχθείσα παθολογική περιοχή.



Εικ. 1

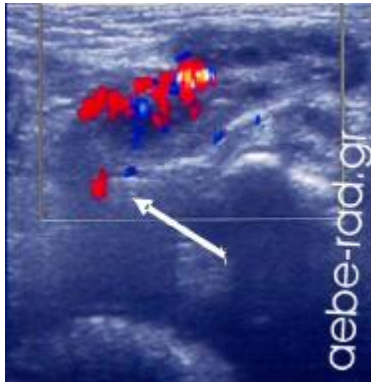


Εικ.2

Το υπερηχογράφημα B-mode απεικόνισε ωοειδές υποδόριο μόρφωμα, μεγέθους 21 mm, μικτής ηχοδομής, που συνδέονταν με μίσχο με την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το μόρφωμα περιείχε κυστικές δομές ποικίλων μεγεθών, ιδιαίτερα στο ωοειδές τμήμα του. Η εγκάρσια (Εικ. 1) και η επιμήκης (Εικ. 2) ως προς το μίσχο τομές, ανέδειξαν τη σχέση του μορφώματος με την κοιλιακή κοιλότητα, εύρημα που συνηγορούσε υπέρ κήλης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Η εν τω βάθει οστική ανάκλαση των εικόνων 1 και 2 αντιστοιχεί στην ηβική σύμφυση.

1. Η διαφορική διάγνωση στις περιπτώσεις αυτής της ηχομορφολογίας στα θήλα θα πρέπει να γίνει από:

- A. Διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα.
- B. Βουβωνοκήλη περιέχουσα εντερική έλικα.
- Γ. Βουβωνοκήλη με περιεχόμενο εντερική έλικα, λίπος και υγρό.
- Δ. Έκτοπη βουβωνική ωοθήκη μη ανατασσόμενη.
- Ε. Ολισθαίνουσα βουβωνική κήλη ωοθήκης και σάλπιγγας
- ΣΤ. Όγκος μαλακών μορίων
- Z. Υδροκήλη του πόρου του Nuck (κύστη Nuck)



Εικ.3



Εικ.4

Δύο τομές με έγχρωμο Doppler αναδεικνύουν την αιμάτωση του ωοειδούς μορφώματος αλλά και του μίσχου του. Τα αγγεία που εισέρχονται στον κηλικό σάκο εντοπίζονται επί τα εκτός των επιγαστρίων αγγείων (βέλος). Η εν τω βάθει οστική ανάκλαση (Εικ. 3) αντιστοιχεί στην ηβική σύμφυση.

2. Με βάση τα ευρήματα του έγχρωμου Doppler θα πρέπει να απαντηθεί εάν:

- A. Υπάρχουν ενδείξεις συστροφής και νέκρωσης της ωοθήκης
- B. Δεν υπάρχουν ενδείξεις συστροφής και νέκρωσης της ωοθήκης

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επρόκειτο για χειρουργικά αποδεδειγμένη, μη ανατασόμενη βουβωνοκήλη αριστερά, με περιεχόμενο την αριστερή ωοθήκη. Η ωοθήκη δεν παρουσίαζε νέκρωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι συμπαγείς σχηματισμοί με χαρακτηριστική ηχομορφολογία. Νεκρώσεις ή δημιουργία αποστημάτων σ' αυτούς μπορεί να τους μετατρέψει σε κυστικούς. Συνήθως είναι πολλαπλοί αλλά ουδέποτε παρουσιάζουν ενδοκοιλιακή επέκταση.

Οι βουβωνοκήλες είναι συχνές στα παιδιά και τα βρέφη, ιδιαίτερα τα αγόρια, τα οποία πάσχουν έξι φορές συχνότερα από τα κορίτσια. Η συχνότητα διάγνωσης των αυξάνεται γύρω στο πρώτο έτος της ζωής. Μία βουβωνοκήλη μπορεί να περιέχει υγρό, εντερική έλικα, μεσεντέριο λίπος, ή άλλες κοιλιακές δομές.

Σε ποσοστό 15-20% σε βουβωνικές κήλες θηλέων εμπεριέχονται η ωοθήκη ή και η σάλπιγγα. Η σάλπιγγα μαζί με την ωοθήκη και σπανιότερα και τη μήτρα εντοπίζονται εντός του σάκου και δεν μπορούν να αναταχθούν στην φυσιολογική τους θέση. Αρκετές ερευνητικές εργασίες έδειξαν πως όταν η ωοθήκη σχηματίζει προπίπτουσα κήλη, η σάλπιγγα παραμένει σε επαφή με τον σύνδεσμο της ωοθήκης στον κηλικό σάκκο. Τα αγγεία δεν εφάπτονται στα τοιχώματα του σάκου.

Με κατάλληλους χειρισμούς μια κήλη μπορεί να χαρακτηριστεί ανατασόμενη (ολισθαίνουσα) ή μη ανατασόμενη. Μη ανατασόμενες κήλες ενδέχεται να υποστούν νέκρωση του περιεχομένου τους. Σε ποσοστό 2-33% των βουβωνικών ωοθηκών παρατηρείται συστροφή ή ισχαιμία της ωοθήκης. Η ανασκόπηση στην βιβλιογραφία έδειξε ότι μια μη ανατασόμενη κήλη δεν παρουσιάζει άμεσο κίνδυνο από πίεση των αιμοφόρων αγγείων, αλλά υπάρχει σημαντικός κίνδυνος συστροφής του μίσχου στον αυχένα του κηλικού σάκου. Για το λόγο αυτό κάθε μη ανατασόμενη κήλη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα.

Η συστροφή της έκτοπης βουβωνικής ωοθήκης αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση που απαιτεί άμεσα αντιμετώπιση. Η συνεστραμμένη ωοθήκη είναι οιδηματώδης στα τοιχώματά της περιέχει ωοθηλάκια μεγέθους 1 έως 5mm που εντοπίζονται περιφερικά και με το έγχρωμο Doppler αιμάτωση της ωοθήκης είναι ελαττωμένη ή δεν αναγνωρίζεται.

Οι όγκοι των μαλακών μορίων, καλοήθεις (όπως τα λιπώματα) ή κακοήθεις (όπως τα σαρκώματα), είναι σπάνιοι στα πολύ νεαρά κορίτσια. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται υπ' όψη στη διαφοροδιάγνωση κάθε συμπαγούς όγκου. Σε μερικές περιπτώσεις, νέκρωση του όγκου μπορεί να μιμείται κύστη.

Παραμονή ανοικτής ελυτροειδούς απόφυσης του περιτοναίου (processus vaginalis) πέραν του 8^{ου} μηνός ενδομήτρια δημιουργεί την

υδροκήλη του πόρου του Nuck (κύστη του Nuck). Η κύστη του Nuck αν και είναι σπάνια οντότητα, εντοπίζεται τυπικά προς το όσχεο στα άρρενα και το μεγάλο χείλος του αιδοίου στα θήλεα από τα οποία πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την ολισθαίνουσα βουβωνική ωοθήκη. Απεικονίζεται σαν λεπτοτοιχωματική κύστη μη αιματούμενη, με τη μορφή «κόμμα» και με ουρά που έχει κατεύθυνση προς το βουβωνικό πόρο. Η διαφορική προεγχειρητική διάγνωση επιτυγχάνεται με την υπερηχογραφία σε ποσοστό 100%. Και για το λόγο αυτό θα πρέπει να διενεργείται υπερηχογραφικός έλεγχος σε κάθε περίπτωση βουβωνοκήλης που περιέχει ψηλαφητή μάζα.

Βιβλιογραφία

1. Huang C-H, Luo C-C, Chao H-C, Chu S-M, Yu Y-J, Yen J-B. The presentation of asymptomatic palpable movable mass in female inguinal hernia. *Eur J Pediatr.* 2003 Jul;162(7-8):493-5.
2. Ραφαηλίδη Δ. Υπερηχογραφία Μυοσκελετικού συστήματος και Μαλακών Μορίων, Ροτόντα, Θεσσαλονίκη 2006, Σελ.314-5.
3. Narci A, Korkmaz M, Albayrak R, Sözübir S, Güvenç BH, Köken R, Demir T, Dogru O. Preoperative sonography of nonreducible inguinal masses in girls. *J Clin Ultrasound.* 2008 27;36(7):409-412.
4. Rasalkar DD, Paunipagar BK, Chu WCW. Ovarian Inguinal hernia complicated by ovarian torsion. *J Hong Kong Col Radiol.* 2010, 13:86-7.
5. Park SJ, LeeHK, Hong HS, Kim HC, Kim DH, Park JS, Shin EJ. Hydrocele of the canal of Nuck in a girl: ultrasound and MR appearance. *BJR* 2004, 77:243-4

ΣΩΣΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: **1Δ, 2Β**