

Nereponibilní nepřímá inguinální hernie obsahující ovarium

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.², MUDr. Kamila Michálková³

¹Dětská klinika FN a LF UP v Olomouci

²I. chirurgická klinika FN a LF UP v Olomouci

³Radiologická klinika FN a LF UP v Olomouci

Nepřímá inguinální hernie je nejčastější vrozenou anomálií u dětí. Asi 15–20 % hernií u kojenců dívčího pohlaví obsahuje ovarium, někdy i s Fallovou trubicí. Předoperační diagnóza nereponibilní tříselné kýly s ovariem byla u dvouměsíčního děvčátka vysoce pravděpodobná po provedeném ultrazvuku a potvrzena v průběhu chirurgické korekce.

Klíčová slova: inguinální hernie u dívky, nereponibilní nepřímá inguinální hernie, ovaria.

Irreducible indirect inguinal hernia containing ovary

Indirect inguinal hernia is the most common congenital anomaly in the pediatric age group. About 15–20 % of hernias in infant girl contain ovary, sometimes with Fallopian tube. The diagnosis of irreducible inguinal hernia in a 2-month-old girl with ovary was highly suspected preoperatively by ultrasonography and confirmed during surgical correction.

Key words: inguinal hernia in female, irreducible indirect inguinal hernia, ovarium.

Pediatr. praxi 2013; 14(5): 329–330

Úvod

Nepřímá inguinální hernie je nejčastější vrozenou anomálií u dětí, zvláště v prvním roce života. V naprosté většině jde u dětí o vrozenou tříselnou kýlu, která je kýlou nepřímou (v dnešní době není již však vzácná ani kýla tříselná přímá), kdy nedojde k obliteraci *processus vaginalis peritonei*. Vytváří se vak hernie, do kterého se u chlapců vklíní tenké či tlusté střevo (při velkých skrotálních herniích). Incidence se pohybuje mezi 0,8 až 4,4 % a chlapci jsou postiženi šestkrát častěji než dívky (1). V 60 % se jedná o pravostrannou inguinální hernii, v 25 % levostrannou a v 15 % o oboustrannou inguinální hernii. Četnost postižení je mnohem vyšší u nezralých kojenců, až u 30 % případů. U normálně se vyvíjejícího plodu ženského pohlaví *processus vaginalis* obvykle obliteruje do 8. měsíce gestace. Jelikož u nezralých kojenců je tato struktura otevřena, tříselná kýla je často přítomna.

Asi 15–20 % inguinálních hernií u kojenců dívčího pohlaví obsahuje ovarium, někdy i s částí Fallovou trubicí (2–5).

I když se některé hernie u nezralých kojenců vzácně vrátí do původního stavu spontánně (6), bývá to málokdy vidět, pokud obsahem je ovarium. U dívek v naprosté většině dojde k vyklenutí ovaria, které zprvu není v pravém slova smyslu uskrínuté, ale nereponibilní (nelze je prostě úzkým tříselným kanálem reponovat zpět). Tříselná kýla sama zaniknout nemůže, jediným řešením je operace, a to brzy po zjištění diagnózy. Podstatou operace je odstranění výchlípy

pobřišnice a zrušení komunikace mezi břišní dutinou a tříselným kanálem.

Popis případů

Kojenec dívčího pohlaví s porodní hmotností 2630 g byl narozen v 37. týdnu těhotenství. Poporodní adaptace byla fyziologická. Dítě bylo ve věku 2 měsíců vyšetřeno dětským lékařem pro dva dny hmatnou nebolestivou rezistenci v levém tříslu. Při sonografickém vyšetření byl v místě hmatné rezistence v mediální části levého třísla nalezen oválný hypoechogenní útvar – levé ovarium s několika anechogenitami, folikulárními cystičkami, z nichž největší byla asi 7 mm dlouhá. Ovarium bylo asi 20 × 10 mm velké a při CFM bylo dobře prokrvené, kolem něj byl jemný proužek tekutiny. Nález byl uzavřen jako levostranná inguinální hernie obsahující ovarium (ovariokéla) (obrázky 1 a 2).

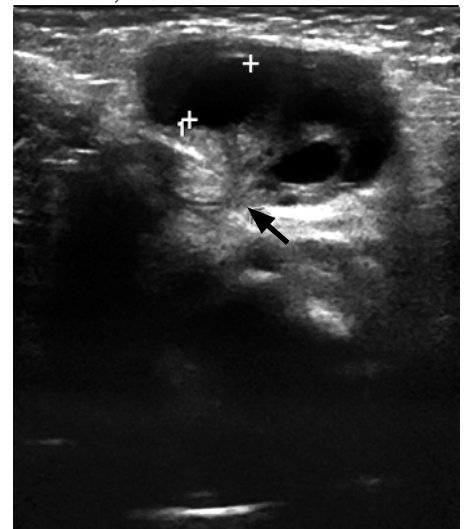
Byl informován dětský chirurg, který dítě po vyšetření zařadil následující den do chirurgického programu. Operační plastika levého třísla v celkové narkóze podle Grosse proběhla bez komplikací. Kýlní vak velikosti 3 × 4 × 2 cm obsahoval edematózní ovarium bez dalších trofických změn, po uvolnění bylo ovarium zanořeno a fixováno do dutiny břišní.

Pooperační průběh byl zcela bez komplikací a dítě bylo propuštěno do domácí péče čtvrtý den po chirurgické operaci.

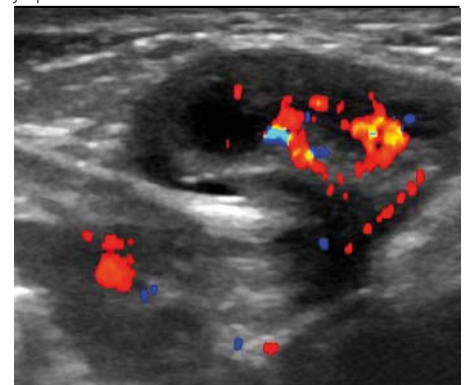
Diskuze

O mechanismu prolapsu ovaria do tříselného vaku se vedou neustálé diskuse. Ligamentum,

Obrázek 1. UZ inguiny a labium maius vlevo. V této lokalizaci je oválný hypoechogenní útvar s anechogenitami – jde o herniované levé ovarium s drobnými folikulárními cystami. Šipkou je označená kýlní branka



Obrázek 2. Při barevném dopplerovském mapování je prokrvení ovaria normální



kteří leží ve vaku inguinální hernie u dívek, je známé pod jménem *ligamentum teres uteri* a je homologicky považováno za gubernaculum u chlapců. Toto ligamentum obsahuje i hladká svalová vlákna, na kterých byly identifikovány estrogenové a progesteronové receptory. Spekuluje se, zda ovarium v tříselném kanálu ne-reprezentuje hormonálně řízený sestup gonád a není jeho prostým výhřezem, podobně, jako je to u chlapců při sestupu gonád do skrota (7, 8).

Raritně můžeme pozorovat přítomnost dělohy nebo i obou ovaríí i s Fallovou trubicí (9–11). Dochází k postupnému otoku a poté může dojít až k inkarceraci. Ve studii se 71 dívkami s bolestivým zduřením v oblasti tříselného kanálu bylo ovarium nalezeno až v 82 % a torkvované ovarium v 15 % (12).

Operace holčiček není tak urgentní jako u chlapců, ale každopádně ji není vhodné odkládat více než několik hodin. U dívek s nálezem ovaria v herniovaném vaku je akutní indikace pouze relativní. Nejedná se o inkarceraci, ale o ireponibilní ovarium. Vhodné je operovat v prvním možném plánovaném termínu. U novorozenců s nízkou porodní hmotností (pod 2000 g) je vhodné s operací počkat, než dítě dosáhne hmotnosti alespoň 2000 g. V případě, že lékař si je jistý, že reprodukční orgány jsou

přítomny v kýlním vaku, měl by se pokusit o násilnou repozici. V případě neúspěchu je vhodné provést ultrazvukové vyšetření s barevným dopplerovským mapováním. Když ultrazvuk ukáže, že reprodukční orgány nejsou přítomny, potom naše další snaha o repozici je žádoucí. U pacientů s podezřením na uskřínuté ovarium je alternativní možností vyšetření na ultrazvuku, pokud je dostupný. Vyšetření pomocí ultrazvuku je rovněž prospěšné pro identifikaci obsahu kýlního vaku před chirurgickým zákrokem nereponibilní masy v třísele u dívek (10).

Diferenciálně diagnosticky musíme uskřínutou kýlu odlišit od vrozené hydrokély, což většinou nečiní potíže. Tříselná kýla, pokud se vyskytne, se léčí pouze operací. Neztratí se a nezmizí. Pouze nemusí být dočasně manifestní. Jedinou prevencí případného uskřínutí je plánovaná operace.

Literatura

1. Cascini V, Lisi G, Di Renzo D, et al. Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus and bilateral adnexa in a premature female infant: report of an exceptional case and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2013; 48: E17–E19.
2. Laing FC, Townsend BA, Rodriguez JR. Ovary-containing hernia in a premature infant. *J Ultrasound Med* 2007; 26: 985–987.
3. Boley SJ, Cahn D, Lauer T, et al. The irreducible ovary: a true emergency. *J Pediatr Surg* 1991; 26(9): 1035–1038.

4. Ming YC, Luo CC, Chao HC, et al. Inguinal hernia containing uterus and uterine adnexa in female infants: report of two cases. *Pediatr Neonatol* 2011; 52: 103–105.
5. Okada T, Sasaki S, Honda S, et al. Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus, ovaries, and Fallopian tubes. *Hernia* 2012; 16(4): 471–473. doi: 10.1007/s10029-010-0764-y.
6. Oudesluys-Murphy AM, Teng HT, Boxma H. Spontaneous regression of clinical inguinal hernias in preterm female infants. *J Pediatr Surg* 2000; 35(8): 1220–1221.
7. Ando H, Kaneko K, Ito F, et al. Anatomy of the round ligamentum in female infants and children with an inguinal hernia. *Br J Surg* 1997; 84: 404–405.
8. Özbey H, Ratschek M, Schimpl G, et al. Ovary in hernia sac: prolapsed or a descended gonad? *J Pediatr Surg* 1999; 34: 977–980.
9. Artas H, Gurzbuzer N. Inguinal hernia containing both ovaries and the uterus in an infant. *J Ultrasound Med* 2012; 31: 1137–1139.
10. George EK, Oudesluys-Murphy AM, Madern GC, et al. Inguinal hernia containing the uterus, Fallopian tube, and ovary in premature female infants. *J Pediatr* 2000; 136: 696–698.
11. Fowler CL. Sliding indirect hernia containing both ovaries. *J Pediatr Surg* 2005; 40: E13–E14.
12. Merriman TE, Auld AW. Ovarian torsion in inguinal hernias. *Pediatr Surg Int* 2000; 16(5–6): 383.

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
 Dětská klinika LF UP a FN
 Puškinova 5, 775 20 Olomouc
vladimir.mihal@fnol.cz

