

Nuck kanal kisti: iki olgu sunumu

Tamer Sekmenli (*)

ÖZET

Nuck kanal kisti, kız çocuklarında prosesus vaginalisin kapanma defekti sonucu oluşan inguinal bölgenin kistik bir patolojisidir. Sağ kasık bölgesinde şişlik nedeniyle getirilen 5 ve 3 yaşlarında iki kız olgunun yapılan fizik muayenelerinde sırası ile 3x3 cm ve 3x2 cm boyutlarında kistik kitleler tespit edildi ve olgular "sliding" herni ön tanısıyla opere edildi. Her iki olguya ait kistik kitlelerin histopatolojik inceleme sonucu Nuck kanal kisti olarak rapor edildi. Nuck kanal kisti saptanan bu iki olgu sunularak literatür bilgisi gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Nuck kanal kisti, prosesus vaginalis, "sliding" herni

SUMMARY

Nuck canal cyst: report of two cases

Nuck canal cyst is a cystic pathology of the inguinal region formed as a result of the defective closure of the processus vaginalis in females. Two cystic masses of 3x3 and 3x2 cm were detected at the groin region of two female cases with ages of 5 and 3 years old, respectively, and the patients were operated with the initial diagnosis of sliding hernia. Histopathological examination of the cystic masses in both the patients revealed the diagnosis of Nuck canal cyst. A review of literature was herein made presenting these two cases diagnosed to have Nuck canal cyst.

Key words: Nuck canal cyst, processus vaginalis, sliding hernia

Giriş

Nuck kanal kisti ilk kez 1650 yılında Anton Nuck tarafından tanımlanmıştır. Bu anatomik yapı, kızlarda inguinal kanal içinde uzanan ve açık kalan "processus vaginalis" (PV) olarak tanımlanabilir. Kanalin kapanma anomalileri, indirekt inguinal herni, Nuck kanal hidroseli ve kisti gibi patolojilere yol açabilmektedir (1). PV'nin kapanmamasının nedenleri halen tartışmalıdır. Klinik olarak çok nadir olmamasına rağmen, medikal literatürde yeterli düzeyde yer almaması, Nuck kanalına ait patolojilerin ayırıcı tanıda göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada Nuck kanalı kisti saptanan 2 olguya yer verilmiştir.

Olguların Sunumu

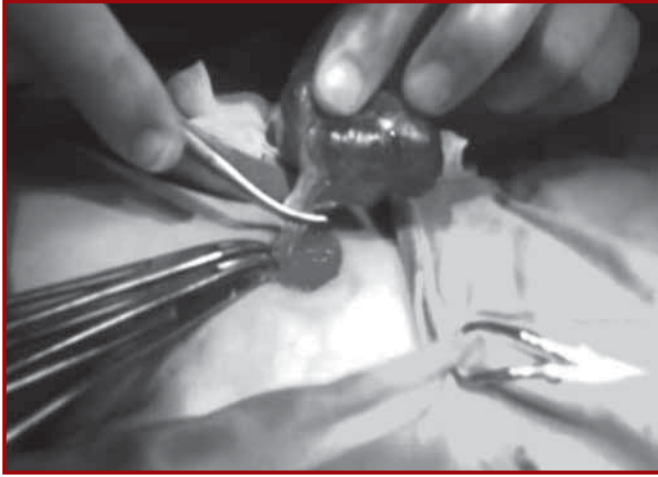
Olgu 1

Beş yaşında kız olgu ailesi tarafından sağ kasıkta son 6 aydan beri belirginleşen kitle nedeni ile polikliniğimize getirildi. Fizik muayenede, sağ inguinal bölgede 3x3 cm boyutlarında redükte edilemeyen mobil kitle tespit edildi, olgu "sliding" herni ön tanısı ile operasyona alındı. Operasyonda inguinal kanal içinde internal inguinal ring yolu ile batın içine bağlantılı kistik yapı saptandı (Şekil 1,2). Kistin beraberinde herni kesesi mevcuttu. Kistik kitle, herni uzantısıyla birlikte internal ring seviyesinde bağlanarak çıkarıldı. Histopatolojik incelemede kist duvarının düz kas lifleriyle basık, küboidal yer yer çok katlı uniform epitel ile döşeli olduğu rapor edildi (Şekil 3). Aynı gün cerrahi şifa ile taburcu edilen olguda, postoperatif dönemde bir problem izlenmedi.

Olgu 2

Üç yaşında kız olgu son 2 aydan beri ayakta durmakla sağ kasıkta beliren kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sağ inguinal kanal üzerinde, batına redükte edilemeyen, düzgün yüzeyle, mobil, yaklaşık 3x2 cm boyutunda kitle palpe edildi. Olgu, "sliding" inguinal herni ön tanısıyla operas-

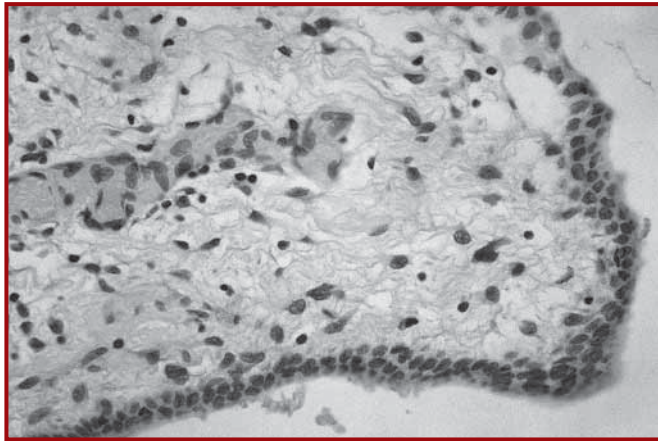
*Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır
Ayrı basım isteği: Dr. Tamer Sekmenli, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır
E-mail: dr_sekmenli@hotmail.com



Şekil 1. Herni kesesiyle birlikte Nuck kanal kisti



Şekil 2. Nuck kanal kistin makroskopik görüntüsü



Şekil 3. Kist duvarında düz kas lifleriyle basık küboidal ve yer yer çok katlı uniform epitel ile döşeli Nuck kanal kistine ait histopatolojik görünüm (HE X 40)

yonu alındı. Eksplorasyonda inguinal kanal dışında, inguinal ring yolu ile batın içine bağlantılı kist izlendi, beraberinde herni kesesi de mevcuttu. Kist, herni kesesi ile birlikte internal inguinal ring seviyesinde bağlanıp, tamamen eksize edildi. Aynı gün tabur-

cu edilen olguda postoperatif dönemde bir problem saptanmadı.

Tartışma

Nuck kanalına ilişkin ilk bilgi MS. 6. yy'a ait olmasına rağmen, ayrıntılı bilgilere ulaşmak oldukça güçtür. Wei ve ark. taranabilir dijital ortamda yaptıkları çalışmalarında 2002 yılında, o güne kadar bildirilen tüm olguların yaklaşık 400 civarında olduğunu göstermişlerdir (1). Nuck kanalına ait patolojilerin, PV'in kapanmasındaki yetersizlik sonucu oluştuğu bilinmesine rağmen, bu yetersizliğin nedeni halen tartışmalıdır. Ancak son yıllarda en fazla kabul gören sebep, PV duvarındaki düz kas hücrelerinin apoptozisindeki yetersizliktir (1). Fıtık keselerinden yapılan immünohistokimyasal incelemelerde kese duvarındaki vasküler ve mezotelyal yapılarda apoptotik nükleuslar izlenirken, düz kas hücrelerinde bu nükleusların izlenmemesi bu görüşü desteklemektedir (2,3).

Yüksel ve ark. Nuck kanal kistin, ventriküloperitoneal şantın nadir bir komplikasyonu sonucu da oluşabileceğini bildirmektedirler (4).

Nuck kanalı kisti terimi patolojinin kendisini tariften ziyade, bölge anatomisini ilk tarif eden kişiye ait olup, tarihsel bir anlama sahiptir. PV'in kapanma defektine yönelik yapılacak ileri çalışmaların bu tanımı değiştireceğini düşünmekteyiz.

Nuck kanal kisti, kasıkta, genellikle ağrısız, sert, batın içine redükte edilemeyen kitle şeklinde bulgu vermektedir. Bu sebeple "sliding" ya da entranzüle herni ile sıkça karıştırılmaktadır. Üzerinde eksternal oblik kas fasiyasının bulunuşu, kistin sıklıkla transillüminasyon vermesini engelleyebilmektedir. Tanıda diğer bölge patolojileri de göz önüne alınarak fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi oldukça önemlidir (1,5,6). Olgularımızın her ikisinde de benzer muayene bulguları ile operasyon öncesi klinik ön tanılarımızın "sliding" herni lehine olması bu görüşü doğrular görünmektedir.

Tanıda ultrasonografi (US) gibi modern görüntüleme tekniklerinden faydalanılabilir. Park ve ark. sonografik incelemede, inguinal kanala yönelen virgül şeklinde kuyruk tanımlamaktadırlar (7). Miklos ve ark. ise, Nuck kanalında multikistik hidrosel olarak tanımlamışlardır (8). Ancak rutin pelvik incelemelerde kullanılan 3-4 mHz sektör prob lar çoğu kez yetersiz olabileceğinden, 5 mHz ve üzerindeki lineer prob ların kullanılması önerilmektedir (9). Küçük kistlerde operasyon öncesi US eşliğinde bir kılavuz tel ile kistin yerinin işaretlenmesini öneren araştırmacılar da mevcuttur (9). Bizim olgularımızda operasyon öncesi US incelemesi yapılamamıştı. Ancak ayırıcı tanıda US incelemesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Patolojik incelemede Nuck kanal kisti, açık renkli sıvı ile dolu, duvarlarında yer yer düz kas dokuları bulunan, mezotelyal karakterde tek katlı küboidal hücrelerle döşeli bir kist olarak tanımlanır (1). Her iki olgumuzda da kist duvarının histopatolojik incelemesinde benzer bulgular tespit edilmiştir.

Nuck kanalı hidroselinin tedavisi genellikle açık cerrahi ile kistin rezeksiyonudur. Nuck kanalı kistleri rutin kız fıtıkları ameliyatlarına benzer olarak alt kasık kanalı çizgilerine uyan kesiyle fıtık kesesinin ve kistin çevre dokulardan serbesleştirilip, fıtık kesesinin kapatılmasıyla gerçekleştirilir. Literatürde kistlerin laparoskopik olarak da çıkarılabileceği bildirilmiştir (10). Kist aspirasyonu ve içine sklerozan madde enjeksiyonunun tedavide yeri yoktur (1).

Ayrıncı tanıda kasıkta şişlik yapan lipom ve leiomyom gibi tümoral oluşumlar, lenfadenopati, apse ve "sliding" herni ihtimalleri göz önünde bulundurulmalıdır (11).

Sonuç olarak Nuck kanalı kisti, literatürde belirtilen düzeyden daha sık ortaya çıkmakta, ancak konunun detaylarının bilinmemesi sonucu gerçek sıklık net olarak ortaya konamamaktadır. Literatürdeki mevcut yayınlarda, erişkin hastalar ön planda olup, konjenital bir durum olan bu patolojinin çocuklarda biraz daha fazla dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Konunun teorik düzeyde yeterince bilinmesi, klinik bulguların literatüre daha fazla kazandırılması, hastalığın gerçek sıklığının ortaya konması ve etkili bir tanı prosedürünün oluşturulması açısından yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Wei BP, Castles L, Stewart KA. Hydrocele of the canal of Nuck. ANZ J Surg 2002; 72: 603-605.
2. Hoşgör M, Karaca İ, Ozer E, et al. The role of smooth muscle cell differentiation in the mechanism of obliteration of processus vaginalis. J Pediatr Surg 2004; 39: 1018-1023.
3. Tanyel FC, Erdem S, Büyükpamukçu N, Tan E. Smooth muscle within incomplete obliterations of processus vaginalis lacks apoptotic nuclei. Urol Int 2002; 69: 42-45.
4. Yuksel KZ, Senoglu M, Yuksel M, Ozkan KU. Hydrocele of the canal of Nuck as a result of a rare ventriculoperitoneal shunt complication. Pediatr Neurosurg 2006; 42: 193-196.
5. Demirbağ S, Öztürk H, Süreç İ ve ark. Nuck kanal kisti. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2004; 13: 235-237.
6. Dawam D, Kanu P. Giant hydrocele of the canal of Nuck. Br J Urol 1998; 81: 636.
7. Park SJ, Lee HK, Hong HS, et al. Hydrocele of the canal of Nuck in a girl: ultrasound and MR appearance. Br J Radiol 2004; 77: 243-244.
8. Miklos JR, Karam MM, Silver E, Reid R. Ultrasound and hoowire needle placement for localization of a hydrocele of the canal of Nuck. Obstet Gynecol 1995; 85: 884-886.
9. Huang CS, Lua CC, Chao HC, et al. The presentation of asymptomatic palpable movable mass in female inguinal hernia. Eur J Pediatr 2003; 162: 493-495.
10. Yen CF, Wang CJ, Lin SL, Chang PC, Lee CL, Soong YK. Concomitant closure of patent canal of Nuck during laparoscopic surgery. Human Reprod 2001; 16: 357-359.
11. Meulder FD, Wojciechowski, Hubens G, Ramet J. Female hydrocele of the canal of Nuck: a case report. Eur J Pediatr 2006; 165: 193-194.