

ERİŞKİNDE NADİR BİR BARSAK TIKANMASI NEDENİ: İLEOÇEKAL İNTUSUSEPSİYON OLGUSU

A RARE CAUSE OF ADULT BOWEL OBSTRUCTION:
A CASE OF "İLEOCAECAL INTUSSUSCEPTION"

İlker SÜCÜLLÜ
Ali İlker FİLİZ
Hasan Hakan EREM
Recai GÖKCAN

ÖZET

Otuzbir yaşında kadın hasta, 1 gün önce başlayan, karın ağrısı ve bulantı-kusma yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın fizik bakışında, karında sağ alt kadranda belirgin olmakla birlikte tüm kadrarlarda duyarlılık vardı. Rektal tuşede kan saptandı. Karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisinde ileoçekal intususepsiyon görüntüsü vardı. İnvajine olan alanı içine alacak şekilde sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi uygulandı. Spesiminin patolojik incelenmesinde invajinasyona neden olacak hiçbir patoloji görülmedi.

Erişkin dönemde intususepsiyon çok nadir görülmekle birlikte karın ağrısı olan ve barsak tıkanmalı hastaların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Akut karın, Erişkin intususepsiyon, İç fıtık, İnce barsak, İleoçekal bileşke, İnvajinasyon

SUMMARY

A 31-year-old woman presented to our emergency service with a one-day history of progressive abdominal pain, vomiting and nausea. On physical examination, she had abdominal tenderness mainly on the right lower quadrant. Blood was determined at the digital rectal examination. Abdominal computerized tomography revealed ileocecal intussusception. She underwent a surgical laparotomy and right hemicolectomy and ileotransversostomy including the invaginated segment was performed. The pathological examination of the resection material could not show any underlying pathology.

Adult intussusception is a rare pathology, it must be considered as a possible cause with abdominal pain and intestinal obstruction.

Key Words: Acute abdomen, Adult intussusception, Internal hernia

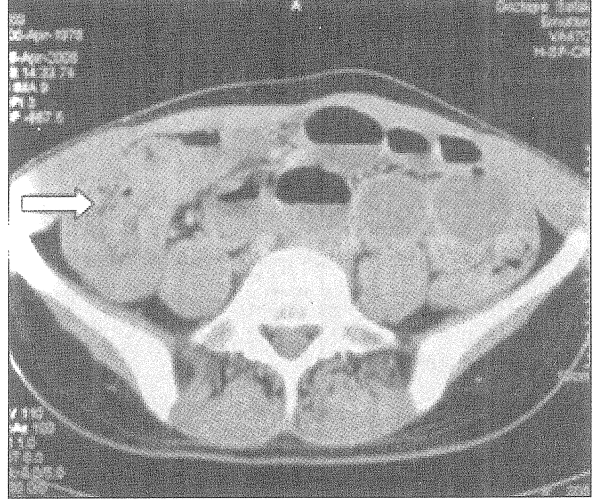
Genel Cerrahi Servisi
(Yrd. Doç. İ Sücüllü, Yrd. Doç. A İ Filiz)
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üsküdar / İSTANBUL
Genel Cerrahi Servisi
(Op. Dr. H H Erem)
Erzincan Asker Hastanesi / ERZİNCAN
Radyoloji Laboratuvarı
(Op. Dr. R. Gökcan)
Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Göztepe / İSTANBUL
Yazışma: Yrd. Doç. Dr. A İ Filiz

GİRİŞ

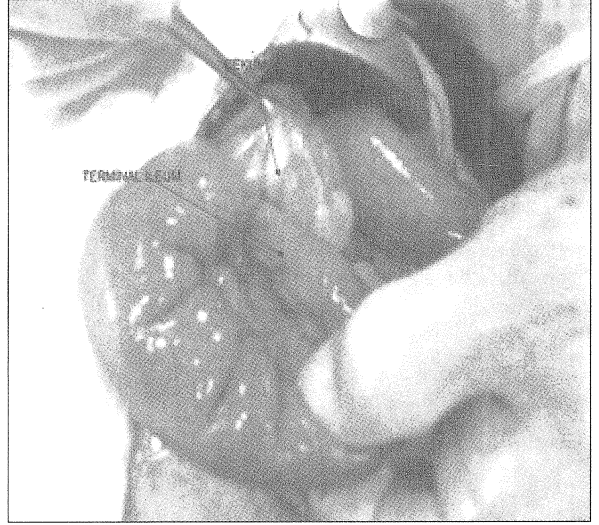
Erişkin tip intususepsiyon nadir görülen karın ağrısı ve barsak tıkanması nedenlerinden biridir. İntususepsiyon olgularının %95'i çocuk, %5'i erişkindir (1). Erişkinlerdeki sıklığı, etyolojisi, tanı ve tedavi yöntemleri çocuklardakinden farklıdır (2). Tüm barsak tıkanmalı olguların %1'inde görülür (3). Olguların %70-90'ı erişkinde kansere bağlı iken çocuklarda aynı oranda idiyopatiktir (4,5). Çocuklarda tablo genellikle akut olarak ortaya çıkarken erişkinlerde ise kronik ve aralıklı yakınmalar vardır. Bu nedenle erişkinlerde tanı gecikebilir. Erişkinde nadir görülen, idiyopatik kökenli bir intususepsiyon olgusu sunulmuştur.

OLGU

Otuzbir yaşında kadın hasta (ET), bir gün önce başlayan ve artarak devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu (Kl: Prot. No: 978). Hastanın yaklaşık 2 yıldan beri devam eden hemen hemen her sabah görülen bulantı ve kusma şikayetleri olduğu saptandı. Özgeçmişinde geçirilmiş ameliyat veya başka bir hastalık olmayan hastanın fizik bakışında, karında özellikle sağ alt kadranda belirgin olmakla birlikte tüm kadrarlarda hassasiyet ve sağ alt kadranda geritepme bulgusu mevcuttu. Rektal muayenede, çilek jölesi kıvamında kan vardı. Kan lökosit değerinin $12000/\text{mm}^3$ olmasının dışında diğer laboratuvar değerleri normal olarak değerlendirildi. Ayakta direk karın grafisinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Karın ultrasonografisinde (US) invajinasyon saptanması üzerine bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve ileoçekal intususepsiyon görüntüsü ortaya kondu (Resim 1). Hastaya nazogastrik sonda takıldı ve yaklaşık 1000cc kadar barsak içeriği drene edildi ve hasta ameliyata alındı (6.8.08). Eksploreyonda ileoçekal intususepsiyon görüldü (Resim 2). İnvajine olan alanı içine alacak şekilde sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi uygulandı. Spesimenin patolojik incelenmesinde (Pat. Prot. No: 3610) terminal ileumun yaklaşık 30 cm. lik bölümünün çekuma invajine olduğu görüldü, ancak buna neden olabilecek herhangi bir patolojik değişim saptanmadı. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 5.günde sağlıklı bir şekilde kliniğimizden ayrıldı.



Resim 1. İleoçekal intususepsiyonun BT görüntüsü



Resim 2. Eksploreyon görüntüsü

TARTIŞMA

İntususepsiyon, barsak duvarındaki bir lezyon nedeni ile barsak peritaltizminin ve motilitesinin bozulması, bunun sonucunda proksimal segmentte kontraksiyon, distalde ise dilatasyon oluşması ile bir barsak ansının diğerinin içine girmesi sonucunda oluşmaktadır (6). Enterik, ileokolik, ileoçekal ve kolonik formları vardır (7) ve daha çok ince barsaklarda görülür (8).

Erişkin tip intususepsiyon nadir görülen barsak tıkanması ve karın ağrısı nedenlerinden biri olup kronik ve aralıklı bir tablo ile ortaya çıkmakta ve tanıda gecikmeler olabilmektedir. Barsak tıkanmalarının %1'ini intususepsiyon oluşturur (9). Erişkin tip intususepsi-

yon olguları sıklığı, etyolojisi, tanı ve tedavi yöntemleri çocukluk dönemindekilerden farklıdır. Çocukluk-taki intususepsiyonda kanlı ishal, karında kitle, kramp tarzında karın ağrısı varken erişkin tipte genellikle nonspesifik semptomlar ve kısmi barsak tıkanması göze çarpar. Olgumuzda da, nonspesifik bir semptom olarak, iki yıldır devam eden sabah kusmaları vardı. Hastanın kusmalarının ameliyat sonrası dönemde geçmesi ve bir daha tekrarlamaması bize ameliyat öncesi kusmalarının intususepsiyona bağlı olduğunu düşündürmüştür.

Erişkin intususepsiyonu çoğunlukla kanserle ilgili organik nedenlere bağlı iken çocuklardakilerde %70-90'ı idyopatikdir (4, 5). Etiyolojide tümöre bağlı ve idyopatik köken var olmakla birlikte ince ve kalın barsak intususepsiyonu nedenleri farklılıklar göstermektedir. İnce barsak kaynaklı olanlar çoğunlukla benign neoplazm, inflamatuvar lezyon, yapışıklık ve Meckel divertikülüne bağlı olarak ortaya çıkabilirken, kalın barsaktan kaynaklananlar genellikle kanserlerdir (8, 9). Olgumuzda ise intususepsiyon nedeni olarak bir patoloji bulunamamış ve idyopatik olarak değerlendirilmiştir.

Erişkin intususepsiyonunda nonspesifik yakınmalar olduğundan preoperatif tanı koymak için çeşitli radyolojik görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır (US, BT, baryum görüntüleme, anjiyografi ve radyonüklid çalışmalar). Karın ultrasonografisinde enine kesitte 'öküz gözü' görünümü, uzunlamasına kesitte ise 'yalancı böbrek' görüntüleri intususepsiyon lehine değerlendirilmekle birlikte patognomonik değildir (10, 11). Ultrasonografi kolonda yoğun feçes bulunması, perforate Meckel divertikülü, hematoma ve malrotasyon gibi durumlarda yanıltıcı olabilir (11). Olgumuzda US'de 'yalancı böbrek' görüntüsü vardı ve tanıyı kesinleştirmek için BT çekildi. Bilgisayarlı tomografi, intususepsiyon tanısı koymada ödemli barsak duvarı ve mezenterin barsak lümeni içinde görülmesi ile en duyarlı görüntüleme yöntemidir (3). Ayırıcı tanıda BT kullanılarak metastazlar, lenfadenopati, serbest sıvı ve barsaklar değerlendirilebilir (12). Baryum görüntüleme, endoskopi ve kolonoskopi intususepsiyonu ortaya koyabildiği gibi eşlik eden patolojileri saptamada yardımcı olmakla birlikte, çocuklarda özellikle idiyopatik durumlarda tedavi amacıyla da kullanılmaktadır.

Erişkin intususepsiyon tedavisi genellikle cerrahidir. Geniş rezeksiyon uygulamak, kısa barsak sendromu gibi durumlara yolaçabileceği için mümkün olduğu kadar düzeltme (redüksiyon) sonrası en çok etkilenen segmenti ortaya koyup, cerrahi girişimi planlamak daha uygun bir yaklaşım biçimidir (13). Postoperatif yapışıklıklara bağlı intususepsiyonda ise barsak beslenmesi normal ise düzeltme denenebilir. Ancak özellikle inflamasyon içeren ve iskemik bir segment varlığı durumunda perforasyon, kontaminasyon veya tümör hücrelerinin yayılması gibi riskler taşıdığı düşünüldüğünde bu manipülasyon önerilmemektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kanser kuşkusu taşıyan kitlelere bağlı intususepsiyonda onkolojik prensiplere uygun bir rezeksiyon savunulmaktadır (14,15).

Erişkinlerde intususepsiyon çok nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte karın ağrısı ve barsak tıkanması nedeni ile incelenen hastaların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Afgha FP. Intussusception in adults. *AJR* 1986; 146 (3): 527-31.
2. Kim JH, Lee KM, Yun SH, Kim BK, Lee KM, Kim JS, et al. Ileocecal intussusception in an adult: a case report. *Turk J Gastroenterol.* 2007; 18 (1): 50-2.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, Papa M, Hertz M. Pictorial review: adult intussusception-a CT diagnosis. *Br J Radiol.* 2002; 75 (890): 185-90.
4. Akcay MN, Polat M, Cadirci M, Gencer B. Tumour - induced ileoileal invagination in adults. *Am Surg.* 1994; 60 (12): 980-1.
5. Solazzo M, Chiodini S, Puccio F: Laparoscopic Surgery For Adult Bowel Intussusception: Report of a case. *The Internet Journal of Surgery.* 2005. Volume 6 N: 2
6. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, Kori T, et al. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol.* 2003; 36 (1): 18-21.
7. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg.* 1981; 193 (2): 230-6.
8. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg.* 1970; 172 (2): 306-10.
9. Coleman MJ, Hugh TB, May RE, Jensen MJ. Intussusception in the adult. *Aust N Z J Surg.* 1981; 51 (2): 179-80.
10. Boyle MJ, Arkell LJ, Williams JT. Ultrasonic diagnosis of adult intussusception. *Am J Gastroenterol.* 1993; 88 (4): 617-8.
11. Anderson DR. The pseudokidney sign. *Radiology.* 1999; 211 (2): 395-7.
12. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology.* 1999; 212 (3): 853-60.

13. Brayton D, Norris WJ. Intussusception in adults. Am J Surg. 1954; 88 (1): 32-43.
14. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg. 1997; 226 (2): 134-8.
15. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg. 1997; 173 (2): 88-94.

İLETİŐİM

Yrd. Doç.Dr. Ali İlker FİLİZ
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi,
Genel Cerrahi Servisi, 34668, Üsküdar, İSTANBUL
Tel: 0 216 542 20 20 / 4025
Cep: 0 532 435 09 86
E-posta: dralifiliz@yahoo.com

Başvuru : 11.6.08
Kabul : 1.9.08