

ERİŞKİNLERDEKİ İNVAGİNASYONLAR: TANI VE TEDAVİ SORUNLARI

INVAGINATION IN ADULTS: PROBLEMS IN
DIAGNOSIS AND TREATMENT

Savaş YAKAN
Ahmet ŐİRİNOCAK
Kemal Emre TELCİLER
Mehmet Tahsin TEKELİ
Ali Galip DENEÇLİ

ÖZET

AMAÇ: Kliniđimizde ameliyat ettiğimiz 4 erişkin olguda invaginasyon saptandı. Preoperatif tanı yalnızca 2 olguda (%50) konabildi. Üç olguda saptanan ileoileal invaginasyonun nedeni bir olguda lipom, bir olguda polip, bir olguda ise idyopatik idi. Üç olguda da ileum rezeksiyonu uygulandı. Braun anastomoz sonrası jejunojejunal invaginasyon saptanan dördüncü olguda iskemik değişiklikler dışında bir patoloji yoktu (idyopatik) ve yalnızca 1 olgu (%25) kaybedildi.

Anahtar Sözcükler: Erişkin, İnvaginasyon, İntussusepsiyon.

SUMMARY

In this study we present four patients operated due to invagination of small bowels. Two patients were diagnosed preoperatively, whereas the other two patients were diagnosed at laparotomy. In three patients, invaginations were ileoileal, whereas in one patients invagination was jejunojejunal. Ileal resection was done in three patients, jejunal resection was done in fourth patient. The reason of invagination was lipoma and polyp in two cases. Two others was idiopathic. One patient died due to sepsis postoperatively.

Key Words: Adult, Intussuseption, Invagination

1.Cerrahi Kliniđi

(Op. Dr. A G Deneçli, Kli. Őefi, Op. Dr. S Yakan, Op. Dr. M T Tekeli
Op. Dr. A Őirinocak, Op. Dr. K E Telciler)

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Kliniđi Bozyaka İZMİR

YazıŐma: Op. Dr. S Yakan

GİRİŞ

İnvaginasyon (intussussepsiyon) herhangi bir yaşıta görülebilen nadir bir durumdur. Olguların büyük çoğunluğu çocukluk döneminde görülür. Yetişkin invaginasyonları tüm olguların yaklaşık %5'ini oluşturur ve tüm mekanik barsak tıkanmalarının %1-2'sinden sorumludur (1,2).

Klinik bulgularının çeşitlilik göstermesi ve özgün olmaması nedeniyle tanı sıklıkla ameliyat sırasında konulur.

Çocuklardakinin tersine erişkinlerde %90 hastada invaginasyona yol açan bir lezyon vardır ve bu lezyonlar cerrahi tedavi gerektirir (3,4).

Bu çalışmada yetişkinde nadir görülen invaginasyonlu 4 olgunun verileri değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

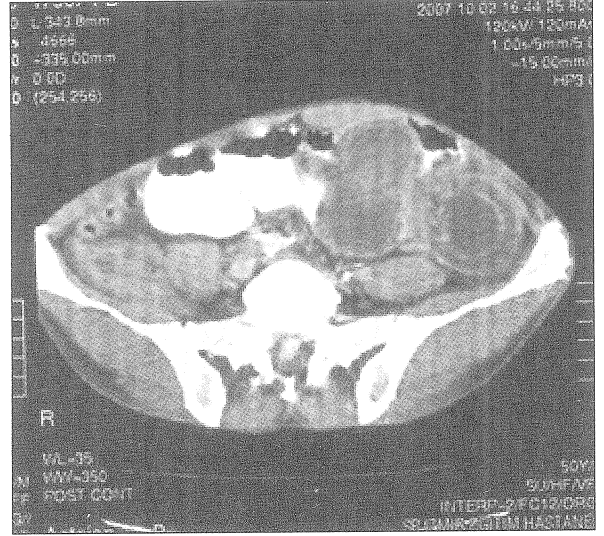
GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2000 – Ocak 2008 tarihleri arasında SB Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniđi'nde opere edilen dört olgu yaş, cins, semptomların başlamasından acil servis genel cerrahi ünitesine başvurmaya kadar geçen süre, tanıda kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemleri, ameliyat ve ameliyat sonrası bilgileri, patolojik tanıları geriye dönük incelendi.

BULGULAR

Olguların 2'si erkek, 2'si kadın olup (GG. Prot. 14125/871, AA. Prot: 19625/1188, NS. Prot: 3831/195, SE. Prot: 2004/909591) yaş ortalaması 46,5 (28-60)'di. Semptomların başlamasından acil servis cerrahi ünitesine başvurmaya kadar geçen süre ortalama 4.5 (3-6) gün idi. Olguların tümünde bulantı-kusma ve karın ağrısı yakınmaları vardı. Tüm olguların ayakta direk karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri dışında başka bir özellik saptanmadı. Ultrasonografik değerlendirilmede tüm olgularda ileusla uyumlu görünüm saptanırken bir olguda ek olarak karın içi serbest sıvı saptandı. Preoperatif tüm karın BT değerlendirilmesinde iki olgu invaginasyon olarak değerlendirilirken (Resim 1) diğer iki olguda ileus lehine bulgular vardı.

Tüm olgular acil olarak operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonlarda üç olguda ileoileal invaginasyon (Resim 2) saptanırken bir olguda 20 yıl önce geçirmiş olduğu mide operasyonuna bağlı olarak yapılan Braun



Resim 1. BT'de invaginasyonun "hedef tahtası" görüntüsü



Resim 2. İleoileal invaginasyonun ameliyat görüntüsü

anastomozun çok genişlemiş olduğu ve götürücü ansın getirici ans içine invagine olduğu görüldü.

Üç olguya segmenter ileum rezeksiyonu + ucuca ileoileal anastomoz, bir olguya ise segmenter jejunum rezeksiyonu + uç uca jejunojejunal anastomoz uygulandı.

Olguların patolojik incelemesinde bir olguda ileal lipom, bir olguda ileal inflamatuvar fibroid polip, diğer iki olguda ise invaginasyona neden olacak bir patoloji saptanmamış olup nonspesifik iskemik değişiklikler saptanmıştır.

Postoperatif dönemde bir olguda yara infeksiyonu gelişti. Antibiyoterapi ve günlük pansuman sonrası

sorunsuz olarak klinikten ayrıldılar. Ameliyat sonrası 7.günde bir olgu sepsis nedeniyle kaybedildi. Diđer iki olguda ise herhangi bir komplikasyon veya ölüm olmadı.

Hastanede yatış süresi ortalama 9,25 (7-13) gün olarak saptandı.

TARTIŞMA

İnvaginasyon (intussussepsiyon) herhangi bir yaşta görülebilen nadir bir durumdur. Olguların büyük çoğunluğu çocukluk döneminde görülür. Yetişkinlerdeki invaginasyonlar tüm olguların yaklaşık olarak %5'ini oluşturur (1,2).

Çocuklardakinin tersine erişkinlerde %90 hastada invaginasyona yol açan bir lezyon vardır (2) ve cerrahi gereklidir (3,4).

Erkek kadın oranı 1:1-1,3 ortalama görülme yaşı ise 60'dır (1,2).

Erişkin invaginasyonlarında neoplaziler en sık görülen nedenlerdir. Kolokolik invaginasyonlarda neoplazma olguların %69'unda asıl neden iken bunların %70'inde kanser bulunmaktadır. İnce barsaklarda neoplazi %57 olguda sebep iken, kanser daha az orandadır (%30).

Kolonda adenokarsinomlar en sık nedeni oluştururken, ince barsak kanserlerinde metastatik melanom en sık nedendir. Lenfoma ve leiomyosarkom nadir nedenler arasında bildirilmektedir (1,3).

İnvaginasyona neden olan benin lezyonlar polipler, kolondaki adenomatöz lezyonlar veya ince barsaklardaki Peutz-Jeghers polipleri ve lipomlardır. Daha nadir görülen görülen etiyojik faktörler ise postoperatif nedenler (yapışıklık, sütür çizgileri, intestinal tüpler) Meckel divertikülü, Çölyak hastalığı, HIV enfeksiyonu ve intramural hematomlardır (1,3).

Gastrik rezeksiyon sonrası invaginasyon ise jejuno-gastrik, jejunojejunal veya Braun anastomozun getirici yada götürücü ansını içine alan invaginasyonlar şeklinde olup görülme sıklığı % 0,1'dir. Eđer cerrahi girişim ilk 48 saat yada daha fazla süre gecikirse mortalite %50'nin üzerine çıkar (5).

Erişkin invaginasyonlarında görülen klasik semptom üçlüsü karın ağrısı, kusma ve rektal kanama şeklindedir (2). Karında ele gelen kitle olguların yaklaşık %7-42'sinde görülür.

Preoperatif tanı genellikle güçtür, çünkü yakınmalar özgün olmayıp değişkenlik gösterir. Literatüre göre operasyon öncesi hastaların yaklaşık %32 ile %50'sine tanı konulabilmektedir (2,6-8).

Görüntüleme yöntemleri tanı konmasına yardımcı olmaktadır. Direkt grafiler spesifik değildir ve tıkanmayı destekleyen hava – sıvı seviyeleri görülebilir.

Kontraslı grafiler lezyonu ve tıkanma düzeyini gösterebilir fakat baryumla yapılan incelemelerden akut olgularda barsak rüptürü ve baryum peritoniti riski nedeniyle kaçınılmalıdır.

Ultrason genellikle ilk uygulanan yöntemdir. İnvaginasyon "hedef tahtası" bulgusu ve yalancı böbrek görüntüsü ile saptanabilir.

Bilgisayarlı tomografi yumuşak dokudaki "sosis" yada "hedef tahtası" görüntüleriyle tanıya yardımcı olur .

Olguların büyük kısmında invaginasyon tanısında BT duyarlılığı %71,4 - %87,5 olarak bildirilmiştir ve erişkinlerdeki özgünlüğü operasyon ile desteklendiğinde %100 olmaktadır (1,9).

İnvaginasyonlarda cerrahi tedavi elle düzeltme, barsak rezeksiyonu ve eğer gastrik cerrahiden sonra gelişen jejunogastrik yada jejunojejunal invaginasyon varsa anastomozun düzeltilmesi gibi teknikleri içerir (10).

Erişkinlerde yapısal neden insidansının yüksek olması ve bu lezyonlarda kanser oranının %6-30 arasında değişmesi nedeni ile tedavi segmenter rezeksiyon ve primer anastomoz olmalıdır (1-3,7).

Sonuç olarak ani karın ağrısı öyküsü ile acil servise başvuran hastalarda klinik bulgular nonspesifik ise cerrahi pratiğinde önem taşıyan invaginasyon akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997; 226: 134-8.
2. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997; 173: 88-94.
3. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in adults: institutional review. J Am Coll Surg 1999; 188: 390-5.
4. Desai N, Wayne MG, Taub PJ, Levitt MA, Spiegel R, Kim U; Intussusception in adults. Mount Sinai J Med 1999; 66 (5-6): 336-40.
5. Cetinkaya Z, Girgin M, Kocakoc E, Ayten R. Jejuno-jejunal invagination at the line of the Braun anastomosis. European J of Radiology Extra 2007; 6: 1-3.

6. Tan KY, Tan SM, Tan AG, Chen CY, Chng HC, Hoe MN. Adult intussusception: experience in Singapore. ANZ J Surg 2003; 73: 1044-7.
7. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusception: a multicentric study. Int J Colorectal Dis 2006; 21: 834-9.
8. Haas EM, Eter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. Am J Surg 2003; 186: 75-6.
9. Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. Int J Colorectal Dis 2005; 20: 452-6.
10. Lopez-Mut JV, Cubells M, Campos S, Miranda V, Rivera P. Jejunogastrik intussusception: a rare complication of gastrik surgery. Abdom İmaging 1998; 23: 558-9.

İLETİŞİM

Op. Dr. Savaş YAKAN
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. Cerrahi Kliniđi / İZMİR
Tel: 0 232 250 50 50 / 54 31
Cep: 0 533 471 79 40
E-posta:savasyakan@gmail.com.

Başvuru : 12.6.08
Kabul : 26.9.08