

# Erişkin İntusepsiyonları

Fikret AKSOY (\*\*), Oktay YENER (\*), Fuat İPEKÇİ (\*\*\*), Serkan İSKENDER (\*\*)

## SUMMARY

### Adult Intussusception

*Adult intussusception represents 1 % of all small bowel obstruction. Intussusception occurs rarely in adults. Intra-luminal lesions alter normal bowel peristalsis and form leading edges for the Intussusception. CT scanning proved to be the most useful diagnostic radiologic method. The diagnosis and treatment of adult intussusception are surgical. It presents with a variety of acute, intermittent, and chronic symptoms, thus making its preoperative diagnosis difficult. These patients admitted to medical clinic for incomplet obstruction. Barium studies have shown diagnostic efficacy but were not used in our case. A female 32 years old patient was admitted our emergency room with complaints nausea, vomiting, obstipation, abdominal discomfort. Abdominal mass and abdominal rebound was present. And the patient was operated due to ileus, tumor and ileal invagination was seen. Small bowel resection and end to end anastomosis was done. Inflammatory Fibroid polyp was diagnosed pathologically.*

**Key words:** Adult intussusception, inflammatory fibroid polyp

**Anahtar kelimeler:** Erişkin intusepsiyonu, inflamatuvar fibroid polip

Erişkinlerde seyrek olarak görülen intusepsiyon, proksimal barsak segmentinin kendisinden sonraki distal kesimine teleskopik şekilde girmesiyle oluşur. Erişkin intusepsiyonu, barsak tıkanıklığının % 1 ve tüm intusepsiyonların % 5'ini oluşturur (1,2). Çocuklardaki intusepsiyonların aksine, erişkin intusepsiyonlarında % 70-90 etyoloji gösterilebilir (3,4). İntusepsiyonlarda predominant semptom, barsak obstrüksiyonudur ve tam bir obstrüksiyon oluşuncaya dek erişkinlerde bir çok hastalıkla karışabilir ve sıklıkla başlangıçta yanlış tanı konur(5).

## OLGU

32 yaşında bayan hasta 8/9/99 tarihinde karın ağrısı ve bulantı

şikayetleriyle dahiliye doktoruna müracaat etmiş. Hasta bu şikayetlerle daha önce bir çok kez doktora başvurmuş. Yapılan fizik muayenede; arter kan basıncı 110/70, ateş 36.5°C, nabız 68/dk ve ritmik idi. Epigastrik bölge hassas, batın serbest diğer sistem muayeneleri normal olduğu görülerek hasta müşahedeye alınmış. Yapılan medikal tedaviye cevap alınmaması ve hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla özel bir hastaneye gönderilmiş. Özel hastane hekimine verdiği anamnezde ağrının göbek çevresinden başlayıp kuşak tarzında yayıldığına söylenmesi üzerine; akut pankreatit ön tanısı ile öncelikle tüm abdominal ultrasonografi istenmiş (yoğun gaz gölgesi nedeniyle etkili olmamış). Yapılan hamatolojik incelemelerde lökosit 11.000, AST 34 U/L, ALT 12 U/L, amilaz 44 U/L olarak bulunmuş. Ayakta direkt batın grafisinde de yoğun gaz gözlenmesi üzerine ve rektal tuşede sert gaita olması nedeniyle yüksek lavman uygulanmış. Lavman sonrası rahatlama ifade eden hastanın kuzmalarının olması üzerine nasogastrik dekompresyon uygulanmış. Hasta şikayetlerinin geçmesi üzerine kendi isteğiyle SSK Göztepe Eğitim Hastanesi acil cerrahi polikliniğine müracaat etmiş. Geldiğinde alınan anamnezinde; şikayetleri bulantı, kusma, karında şişlik, ağrı ve gaz-gaita çıkaramama idi. Fizik muayenede batında distansiyon ve yaygın hassasiyet, epigastrium altından umbilikus çevresinde sağa sola hareketli, kistik kıvamda 10x10x10 cm kitle tespit edildi. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde de ince barsak tipi hava sıvı seviyeleri tespit edilmesi üzerine ileus ön tanısı ile hasta interne edildi. Kan biyokimyası; glukoz 150, üre 29 mg/dl, amilaz 96 mg/dl ve lökosit 11.900 olarak ölçüldü. Acil yapılan oral ve intravenöz kontrastlı tüm abdomen tomografi sonucu, batın orta hatta ileal ve terminal ince barsak segmentleri ile uyumlu lokalizasyonda, ince barsak duvar segmentlerinde diffüz olarak artan invaginasyon?, karaciğer çevresi ve Douglas'ta az miktarda serbest sıvı tespit edildi. Bu bulgularla hasta ileus ön tanısı ile acil olarak operasyona alındı. Laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda ileumda yaklaşık 80 cm'lik bölüm ileoçekal valve 20 cm mesafede invagine halde ve yaygın nekroze durumda idi. Reinvaginasyon sağlanamadı ve nekroze olmuş ileum rezeke edildi. End to end anastomoz yapıldı. Materyel reinvagine edilip incelendiğinde 90 cm uzunluğunda ince barsak en ince çap 3 cm, en kalın çap 6 cm olduğu, sağlam uca yaklaşık 5 cm uzaklıkta 40 cm'lik bölümü tutan hemoraji ve nekroz, proksimal ve yaklaşık 10 cm mesafede 2 cm çapta bağırsak duvarına yerleşmiş, kesiti elastik kıvamda kirlı beyaz renkte düzgün sınırlı tümoral oluşum izlendi. Yapılan patolojik inceleme sonucu (10156/99) inflamatuvar fibroid polip olarak değerlendirildi. Hasta postoperatif 7. gün şifayla taburcu edildi.

SSK Göztepe Eğitim Hastanesi 1 Cerrahi Kliniği, Asist. Dr.\*; Uz. Dr.\*\*; Klinik Şefi\*\*\*

## TARTIŞMA

İntusepsiyonlar gastrointestinal segmentlerinin invagine olmasıdır. Gastrointestinal traktın herhangi bir yerinde görülür (10). İntusepsiyonlar, tüm erişkin barsak tıkanıklarının % 1'ini oluşturur. Erişkinlerde % 70-90 oranında organik bir neden, % 20-50 oranında etyolojide malignite saptanır (6). Erişkinlerde preop olarak intusepsiyon tanısı koymak çok zordur. Preoperatif olarak ileus olarak açılan hastaya intraoperatif olarak intusepsiyon tanısı konur (7). Bu hastalarda tablo çok karışıktır. Tanı amacıyla birçok tanısal metod vardır; US, BT, baryum enema çalışmaları, ADBG, anjiyografi, radyonüklid çalışmalar (8). En uygun tanı aracı abdominal tomografidir (11). Olgumuzda tanı, ayakta direkt batın grafisi, US ve BT ile konmuştur.

İntusepsiyon sonucu barsakta nekroz meydana gelerek amorf kitle oluşur. İntusepsiyonlarda baryumlu grafilerin çocuklarda terapötik ve tanısal önemi vardır (9). İntusepsiyonlar lokalizasyonuna göre 4 kategoriye ayrılır. Enterik, ileokolik, ileçekal, kolonik (10).

Erişkin intusepsiyonlarda cerrahi rezeksiyon en uygun tedavi şeklidir.

Sonuç olarak, daha önce ameliyat olmamış, acil servise

sık sık subileus tablosu ile başvuran olgularda; ince barsaklara ait patolojilerin varlığı akla getirilmeli ve buna yönelik baryumlu çalışmalar (entorklisis) yapılmalıdır. Bu basit girişim tanıyı kesinleştirecek, hastalardaki morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Laws HL, Aldrete JS: Small-bowel obstruction: a review of 465 cases. South Med J 69:733-734.
2. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstruction. Ann Surg 187:189-193, 1978.
3. Agha FP: Intussusception in adults. AJR Am J Roentgenol 146:527-531, 1986.
4. Nagorney DM, Sarr MG, Mc Ilrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. Ann Surg 1981; 193:230-236, 1981.
5. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH: Adult intussusception: case report of recurrent intussusception and review of the literature. Am J Surg 131:758-761, 1976.
6. Briggs DF, Carpathios J, Zollinger RW: Intussusception in adults. Am J Surg 101:109-113, 1961.
7. Iko BO, Tael JS, Siram SM: Computed tomography of adult colonic intussusception: clinical and experimental studies. AJR Am J Roentgenol 143:769-772, 1984.
8. Bar-Ziv J, Solomon A: Computed tomography in adult intussusception. Gastroint Radiol 16:264-266, 1991.
9. Duszynski DO, Anothone R: Jejunal intussusception demonstrated by barium enema in children. AJR Am J Roentgenol 109:729-732, 1970.
10. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W: Intussusception in adults: review of 160 cases. Am J Surg 121:531-535, 1971.
11. Montali G, Croce F, De Pra L, Solbiati L: Intussusception of the bowel: a new sonographic pattern. Br J Radiol 1983; 56:621-623, 1983.