

## JEJUNOGASTRİK İNVAJİNASYON: GASTREKTOMİNİN NADİR BİR GEÇ KOMPLİKASYONU

### • JEJUNOGASTRIC INTUSSUSCEPTION: A RARE LATE COMPLICATION OF GASTRECTOMY

Dr.Ertuğrul GAZİOĞLU\* Dr.Anıl ÇUBUKÇU\*\* Dr.Cem KARAYİĞİT\* Dr.Fadil AYAN\*

**SUMMARY:** *Jejunogastric intussusception is one of the rare complications of stomach surgery. An acute case of jejunogastric intussusception, 19 year after gastrectomy for duodenal ulcer disease, presenting acute abdomen signs is diagnosed and operated on in early with resection + primary anastomosis. Diagnosis and treatment is discussed in correlation with the presented case.*  
**Key Words:** *Jejunogastric Intussusception.*

Jejunogastrik invajinasyon, mide ameliyatlarının seyrek karşılaşılan bir komplikasyonudur. Tanı ve tedavide geç kalınması yüksek mortalitelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (1). Bu yüzden erken tanı ve zaman kaybetmeden yapılacak cerrahi girişim hayati önem taşır. Yazımızda, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalına başvuran bir jejunogastrik invajinasyon olgusu nedeniyle; bu az rastlanan komplikasyonun özellikleri vurgulanmakta, tanı ve cerrahi tedavisi literatür bilgileri ile tartışılmaktadır.

#### OLGU TAKDİMİ

P.K., 52 yaşında erkek hasta. Acil Servis protokol no: E-1676/1993.

Şikayeti: Karın ağrısı, bulantı, kahve telvesi görünümünde kusma.

Hikayesi: Ayaktan FMF tedavisi görmekte olduğu CTF İç Hastalıkları Romatoloji servisinden bu şikayetlerinin başlaması üzerine kliniğimize sevk edilen hastanın 20 yaşından beri 2-3 ayda bir karın ağrıları olmaktadır. Ağrı ile birlikte yüksek ateş, titreme, hematüri, melana da olur ve 1-2 gün sonra geçmiştir. Hasta, bu kez ağrılarının karnının üst kısımlarında ve çok daha şiddetli olduğunu belirtmiştir.

Hastanın özgeçmişinde, 1963 yılında (30 yıl önce) appendektomi, 1969'da (24 yıl önce) sağ hidrosel ve fitik

ameliyatı ve 1974'de (19 yıl önce) duodenal ülser nedeniyle subtotal gastrektomi + gastroenterostomi ameliyatları mevcut. 1976 yılında FMF tanısı konan hastanın verilen tedaviyi uygulamadığı, ancak olaya vaskülitlerin de eklenmesiyle 1991'den bu yana düzenli olarak Colchicine tabletleri kullanmakta oldukları anlaşıldı.

Fizik muayenede; batında yaygın hassasiyet, epigastrik bölgede belirgin defans ve rebound hassasiyeti belirlendi. Barsak sesleri tüm kadrarlarda azalmış. Rektal tuşede ampulla boş bulundu, hassasiyet saptanmadı.

Diğer sistemlerin muayenesi herhangi bir özellik arz etmemekteydi.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde, Htc: %32, Kan şekeri: 155 mg, Lökosit: 13500/mm<sup>3</sup> dışında, diğer sonuçlar normal bulundu.

Batın ultrason (US) incelemesinde herhangi bir patoloji saptanamadı.

Aynı gün yapılan fiberoptik gastroskopide; özofagus ve kardial normal görünümde, mideye rezeksiyon yapılmış, büyük olasılıkla götürücü ince barsak ansının bir bölümü mideye prolabe olmuş. Prolabe olan barsak segmentinde renk değişimi, yer yer nekrotik alanlar bulunduğu ve buradan kan sızdığı belirlendi.

Nazogastrik sonda takılan ve hidrasyonu sağlanan hasta, akut batın bulgularının ve hematemizin devam etmesi, genel durumunun düzelmemesi üzerine ameliyata alındı.

Göbeküstü median insizyonla yapılan laparotomi sırasında eski ameliyatlara bağlı yapışıklıklar ayrıldıktan sonra, eksplorasyonda hastaya distal hemigastrektomi + kısa urve gastroenterostomi yapılmış olduğu, götürücü jejunum ansının 30 cm.lik bir bölümün anastomozdan 10cm. distalde mideye doğru invajine olduğu görüldü.

\* İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hekimlikte Acil Vakalar ABD.

\*\* İ.Ü.Genel Cerrahi ABD.

Yazışma Adresi: Dr.Ertuğrul Ganioglu

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hekimlikte Acil Vakalar ABD, K.M.PAŞA / İstanbul.

İnvaginasyonu kapsayan anam çok ödenli ve morarmış olduğu saptandı. İnvaginasyon güçlüğüle doğrultuldu ve bu segmentte nekroz belirlendi. Gastrojejunostomi anastomozunun salim olduğu saptandıktan sonra 30 cm.lik götürücü jejunun ansı rezeke edildi ve uç-uca çift kat jejunojejunostomi yapıldı ve anastomoz yakınına bir adet kauçuk dren konuldu. Postoperatuar dönemde komplikasyonsuz seyreden hasta 6. günde taburcu edildi.

### İRDELEME

Erişkinlerdeki invajinasyonlar, çok daha sık karşılaşılan çocukluk invajinasyonlarından farklı özelliklere sahip bir antitedir (2). İki yaş civarı çocukların hastalığı olarak tanımlanan invajinasyonlar, batı toplumlarında tüm istestinal obstrüksiyon olgularının %3-5'inden sorumludur.

İnvajinasyonlar, meydana geldikleri anatomik bölgeye göre enteroenterik, enterokolik ve kolokolik olarak sınıflandırılırlar (2). Bunlardan başka appendiseal, ileokolik, çekal diye nadir rastlanan tipleri ve mide ameliyatlarından sonra çok nadir rastlanan jejunogastrik ve duodenogastrik diye özel formları vardır (3,4,5,6,7,8,9).

Gastrektomi ameliyatlarından 1,3,7,20 yıl sonra meydana gelen jejunogastrik ve jejunojenual invajinasyon olguları bildirilmiştir (1,3,4,10). Loop gastroenterostomilerden sonra görülen olgularda, invajinasyon hemen her zaman, bizim hastamızda da olduğu gibi götürücü anstadır (3). Diğer enteroenterik tiplerinin tersine, burada invajinasyon distal segmentin proksimal segmentin içine girmesiyle gerçekleşmektedir.

Jejunogastrik invajinasyonlar akut veya kronik seyirli olabilmektedir. Kronik tipte semptomlar genellikle epigastriumda ağrı ve kusmadan ibaret olup, yüksek seviyeli bir ince barsak mekanik obstrüksiyonu bulguları verir (4).

Akut tipin en önemli farkı invajine olan segmentte strangülasyon nedeniyle dolaşım bozukluğunun meydana gelmesidir. Bu nedenle semptomlar daha şiddetlidir; tabloya peritoneal irritasyon bulguları ve iskemik alanlardan sızan kana bağlı hematemez eklenir (4). Sunulan olgularda bu semptomların tamamı mevcuttur ve akut invajinasyon kategorisine girmektedir.

Konuyla ilgili literatür gözden geçirildiğinde ideal tanı yöntemi konusunda yazarlar arasında fikir birliği olmadığı anlaşılmaktadır. Bir grup yazar tanının üst gastrointestinal sistem grafileri ve endoskopik inceleme ile kolaylıkla konabileceğini belirtirlerken (2), diğerleri US ve/veya bilgisayarlı tomografinin (BT) tanıda daha değerli bilgiler verdiğini savunmaktadır. Oberstein ve ark.'na göre US, uygulama kolaylığı ve yüksek tanı kapasitesiyle ilk tercih edi-

lecek yöntem olmakla beraber; BT hastalığın evrelerini belirlemedeki üstünlüğüyle cerrahlar tarafından daha çok tercih edilmektedir (1). Öte yandan Truong ve ark. endoskopiye ideal tanı yöntemi olarak ilan etmişlerdir (4).

Bizim olgumuzda yapılan ultrasonografiyle herhangi bir patoloji saptanmazken hemen ardından yapılan endoskopik inceleme doğru tanıyı koydurmuştur. Ancak burada her akut invajinasyonda görülmesi kural olmayan hematemez bizler için en değerli ipucu olmuş ve tanı çalışmalarımızı yönlendirmiştir. Zira hematemez şikayetinin olmaması durumunda, hasta proksimal ince barsak obstrüksiyonu şüphesiyle izlenebilir ve bu tür olgularda rutin uygulamamız olmayan endoskopik incelemeye gerek duyulmayabilirdi.

Akut seyirli jejunogastrik invajinasyonların cerrahi tedavisi konusunda tanı yönteminde olduğunun aksine neredeyse tam bir görüş birliği vardır. Erken cerrahi girişim + dezinvajinasyon ve gerekiyorsa rezeksiyon + anastomoz veya varolan anastomozun rekonstrüksiyonu yazarların tamamının kabul ettiği tedavi yöntemleridir (2,3,4). Sunduğumuz olguda invajine segmentte bariz dolaşım bozukluğu ve nekrotik alanlar santandığı için tereddütsüz rezeksiyon + uç-uca anastomoz yapılmıştır. Eğer enkarserasyon ve strangülasyonun neden olduğu iskemi gastroenterostomi anastomozunu da içine alıyorsa, bu anastomozun da rezeksiyona dahil edilmesi ve gastroenterostominin (loop veya Roux en Y) yeniden oluşturulması gerekecekti.

Literatürde hastamızın durumuna uyan, FMF ile invajinasyon arasında bir bağlantı kurabilecek herhangi bir bilgi bulunamamış ve tamamen rastlantısal bir koinsidans olarak değerlendirilmiştir.

### KAYNAKLAR

1. Oberstein A, Cagil H, Steegmüller KW, Daber C. Jejuno-gastrik invagination: plain radiologic, sonographic and computed tomographic findings. *Aktuelle-radiol*, 1993; Nov: 3 (6): 366-369.
2. Sarr MD, Tito WA. Intussusception in adults. Ed: Zuidema GD. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract'da*. Philadelphia: WB Saunders; 1991: 392-393.
3. Waits JO, Beart RW Jr, Charboneau JW. Jejuno-gastrik intussusception. *Arch. Surg*, 1980; 115: 1449.
4. Truong SN, Tittel A, Schumpelick V. Jejuno-gastrik invagination: a rare complication of stomach surgery. *Gastroenterol*. 1992; 30 (11): 798-800.
5. Lin F, Setya V, Signor W. Gastro-duodenal intussusception secondary to a gastric lipoma: case report and review of the literature. *Am. Surg*. 1992; 58 (12): 772-774.
6. Sanchez R, Vasquez J, Alvira L, Rabago L. Giant lipoma of the

- cecum as a cause of invagination. Rev. Esp. Enferm. Dig.* 1990; Jul; 78 (1): 49-50.
7. Kimura H, Satou T, Takahashi N, Kurachi M, Fujii H, Nakanishi K. Intussusception of the cecum with calcified fecaliths. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90 (2): 318-319.
  8. Khaddar K, Khalfallah T, Chendoul N, Dairi C, Ben-Jilani S, Najah N. Gastroduodenal intussusception on a gastric tumor. *Ann. Chir.* 1994; 48 (6): 576-579.
  9. Zielke A, Forster R, Klotter HJ, Rothmund M. Ileocolic invagination in adults: The sonographic characteristics. *Dtsch-Med-Wochenschr.* 1991; Sep: 49-52.
  10. Milbich J, Mendel R, Hebestreit HP, Zerbian KU. Jejuno-jejunal invagination: a late postoperative complication following gastrectomy. *Rongerstr. Nuclearmed.* 1994; 154 (2): 206-208.