

Erişkinde nadir bir intestinal intussusepsiyon ve kanama nedeni: Jejunal lipom

A rare cause of bleeding intestinal intussusception in adult: jejunal lipoma

Cengizhan YİĞİTLER,¹ Kaan ATAÇ,² Taner YİĞİT,¹ Bülent GÜLEÇ,¹
Müjdat BALKAN,¹ Köksal ÖNER¹

İnce bağırsak tümörleri ancak hastalar kanama ya da tıkanma gibi komplikasyonlarla başvurduklarında tanınabilmektedir. İntestinal lipomlar ince bağırsağın benin neoplazileri arasında üçüncü sıklıkta yer alır ve çoğunlukla laparotomiyle çıkarılmasını takiben histopatolojik incelemeyle kesin tanısı konulur. Subileus ve rektal kanama şikayetiyle başvuran 76 yaşındaki erkek hastada, ultrasonografiyle karında kitle saptandı. Karın tomografisinde dansite ölçümü intussusepsiyona yol açmış lipom tanısını destekliyordu. Ardından yapılan enteroklizis ile jejunumdaki intussusepsiyon redükte edildi. Elektif şartlarda ameliyat edilerek, parsiyel ince bağırsak rezeksiyonu ile çıkarılan kitlenin lipom tanısı histopatolojik olarak da doğrulandı. Kanama ve tıkanma ile başvuran bu hasta, görüntüleme yöntemleri ile preoperatif olarak intestinal lipomun tanınması nedeniyle sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Intussusepsiyon/cerrahi/ultrasonografi; jejunal hastalıklar/cerrahi; jejunal lipom.

Small bowel neoplasms are usually diagnosed when patients are referred with complications such as hemorrhage or obstruction. Intestinal lipomas are the third most frequent benign tumors among all intestinal neoplasms and their definite diagnosis is usually obtained after histopathological examination of the resected specimen. A 76 year-old male patient with partial intestinal obstruction and rectal bleeding at admittance was found to have an abdominal mass on ultrasound. The density pattern of the mass at abdominal CT was supporting a jejunal lipoma leading an intussusception. Then an enteroclysis localized and reduced the jejunojejunal intussusception. The diagnosis of lipoma was confirmed with histopathological examination of the mass removed by an elective intestinal resection. This case was reported as the intestinal lipoma leading a jejunojejunal intussusception associated with bleeding, could be diagnosed preoperatively.

Key Words: Intussusception/surgery/ultrasonography; jejunal diseases/surgery; jejunal lipoma.

İnce bağırsak intussusepsiyonu, 2 yaş altındaki çocuklarda en sık akut karın nedenlerindedir. Çocukluk çağında çoğunlukla alta yatan bir neden bulunmazken, erişkinlerde bu durumun aksine organik lezyonlara, özellikle de ince bağırsak poliplerine bağlıdır.^[1]

İnce bağırsak tümörleri, kanama ya da tıkanmaya yol açmadığı sürece tanınması tesadüflere bağlı patolojilerdir. İnce bağırsak intussusepsiyonu olgularının %75-90'ında bir neoplaziye bağlıdır ve bu lezyonların da beşte biri malin özelliktedir. İntestinal lipomlar, bütün ince bağırsak benin neoplazmaları

arasında üçüncü sıradadır.^[2,3] İntussusepsiyon nedeniyle başvuran ya da aralıklı karın ağrısı, kansızlık ve gizli gastrointestinal sistem kanaması yakınmalarıyla araştırılan hastalarda saptanan bu lezyonun niteliği, genellikle laparotomiyle çıkarılıp incelenmesiyle belirlenir.^[4]

Çoğunlukla çocukluk yaşında karşılaşılan intussusepsiyonun, erişkin bir hastada kanamayla birlikteliği son derece nadir olup, ameliyat öncesi dönemde malin özellik taşımadığı morfolojik yöntemlerle gösterilebilmiş olması nedeniyle bu olgu sunuldu.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi ¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
²Diagnostik Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara.

I. Çukurova Koloproktoloji Sempozyum'unda poster olarak sunulmuştur
(5-8 Haziran 2003, Adana).

Departments of ¹General Surgery and ²Diagnostic Radiology,
Gülhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey.

Presented at the 1st Coloproctology Symposium
(June 5-8, 2003, Adana, Turkey).

İletişim (Correspondence): Dr. Gökçe Kaan Ataç, Ankara Jandarma Hastanesi Radyoloji Servisi, 06835 Beytepe, Ankara, Turkey.
Tel: +90 - 312 - 456 69 98 Faks (Fax): +90 - 312 - 456 69 22 e-posta (e-mail): gokcekaan_atac@yahoo.com

OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşındaki erkek hasta, künt vasıflı karın ağrısı, bulantı, safralı kusma ve melena yakınmalarıyla Ocak 2003'te kliniğimize başvurdu. Öncesinde de 1999 yılında bir kez melena tarzında yakınmaları nedeniyle başka bir hastanede tedavi gören hastanın fiziksel incelemesinde minimal distansiyon ve yaygın hassasiyet dışında dikkati çeken bulgusu yoktu. Öyküsünde 10 yıldır antihipertansif kullanımı da olan hastanın karın ağrısı, konservatif tedaviyle kısa sürede geriledi. Karın ultrasonografisinde (USG), suprapubik bölgede 10 cm uzunluğunda, en kalın yerinde 14 mm duvar kalınlığı olan diffüz konsantrik lezyonunun sigmoid kolona ait olabileceği değerlendirildi. Ardından yapılan üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopik incelemelerinde, gastroduodenit ve rektumda histolojik olarak tübüler adenom olduğu belirlenen iki polipin dışında özellik ve kanama odağı bulunamadı.

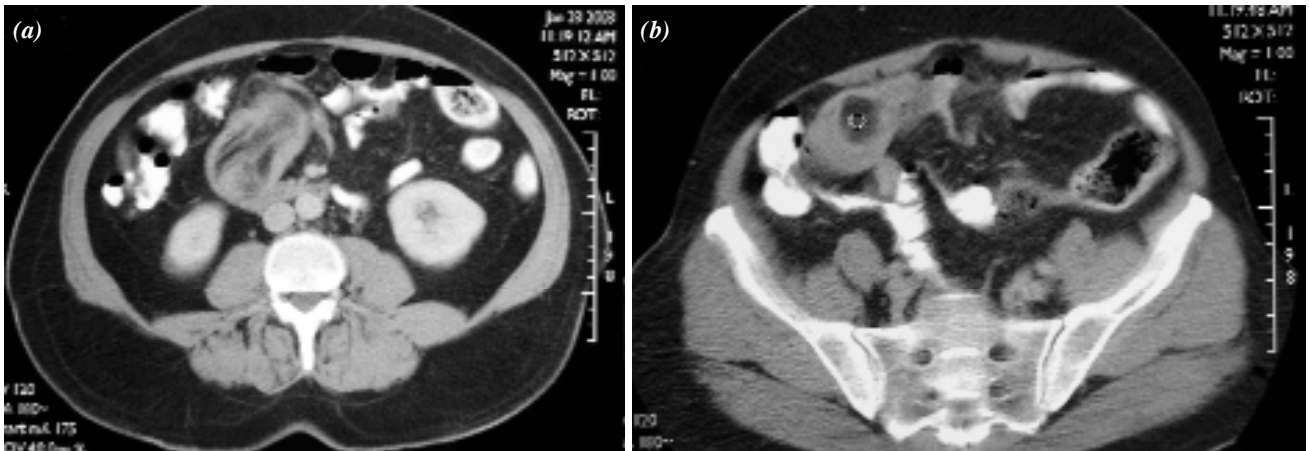
Karın bilgisayarlı tomografisi (BT) ile, orta hatta epigastriumdan sağ alt kadrana uzanım gösteren, kalın duvarlı, 4x5x14 cm boyutlarında, içinde intussusepsiyon için patognomonik olan "target" görünümü (Şekil 1a) ile bu lezyonun merkezinde 2 cm çaplı yağ dansitesinde (-39 HU) düzenli sınırlı lezyon gözlemlendi (Şekil 1b). Bu lezyon öncelikle ince bağırsak lipomuna bağlı intussusepsiyonla uyumlu olarak değerlendirildi. Ardından hastaya enteroklizis yapıldı. Baryum süspansiyonu (200 cc) ve ardından metil selüloz (%0.5'lik çözelti) uygulaması sırasında, floroskopik kontrolde jejunum proksimalinde yaklaşık 5 cm'lik bir proksimal segmentin dis-

tal segmente invajine olduğu gözlemlendi. İnvajinasyon işlem sırasında redükte olmasının ardından, jejunum lümeni içinde yaklaşık 2 cm çapında dolma defekti saptandı (Şekil 2).

Rutin hazırlıklardan sonra elektif cerrahi sırasında, jejunumun Treitz ligamanından itibaren 50 cm'sinde, mezenterinde fibröz bir bantla yapışık bulunan yaklaşık 5 cm'lik bir invajinasyonun sebat ettiği, bu hizada lümen içinde 2,5 cm çaplı bir polipoid oluşum bulunduğu gözlemlendi (Şekil 3a). Distal ve proksimalinden emniyetli marj açısından bir miktar jejunum segmenti mezenteriyile birlikte rezekt edilip, uçlar anastomoze edildi. Piyes incelendiğinde, polipoid oluşumun mezenterik kenarda yerleşimli ve üzerindeki mukozanın ülser olduğu izlendi (Şekil 3b). Polipoid oluşumun incelemesi lipom tanısını destekledi. Hasta ameliyat sonrası 6. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnce bağırsak tümörleri tüm gastrointestinal tümörlerin %2'sini oluşturur. Tümörün yeri ve büyüklüğüne bağlı olarak, bağırsak perforasyonu, kanama ya da tıkanıklık gibi klinik bulgulara yol açtıklarında tanınırlar. İntussusepsiyon gelişimi, erişkinde çoğunlukla mural ya da intramural bir nedenle olabileceği gibi, Meckel divertikülü, enflamatuvar bağırsak hastalığı, çölyak hastalığı gibi non-neoplastik olaylarda da görülebilir.^[4,5] Hastaların ortak belirti ve bulguları akut karın ağrısı, jöle kıvamında kanlı dışkılama ve palpabl karın kitlesidir. Ancak bu klasik triad hastaların sadece %50'sinde bulu-



Şekil 1. Olgunun karın tomografisi görüntüsü. (a) İnvajine olmuş ince bağırsak segmenti. (b) Lezyonun "target" görünümü ve dansite ölçümü.

nur. Dolayısıyla kesin tanı koydurucu değildir. İntussusepsiyon kendiliğinden düzelebilir, ancak bazen de acil cerrahi girişimi gerektiren intestinal tıkanıklığa da yol açabilir.^[5]

İnce bağırsağın benin ya da malin kitle lezyonları, tek başına intussusepsiyon ya da kanama nedenidirler. Ancak ince bağırsağın primer lezyonlarında intussusepsiyona eşlik eden kanama son derece nadirken,^[6,7] bu durumun jejunuma metastaz yapan akciğer ya da genital bölge tümörlerinde daha fazla bildirilmesi ilginçtir.^[8-10] İnce bağırsağın benin polipoid lezyonlarında, mukozal ülserasyonlar sonucu gelişen kanama daha nadir bir bulgu olup, masif olabileceği gibi, nonspesifik karın semptomları ile seyreden kronik kan kaybı tarzında da olabilir. Ko ve arkadaşlarının^[1] çalışmasında 19 hastanın sadece ikisi hematemezle başvurmuştur. Sunduğumuz olguda intussusepsiyonla birlikte bulunan masif rektal kanama, jejunum mukozasının ülserasyonuna ikincildi.

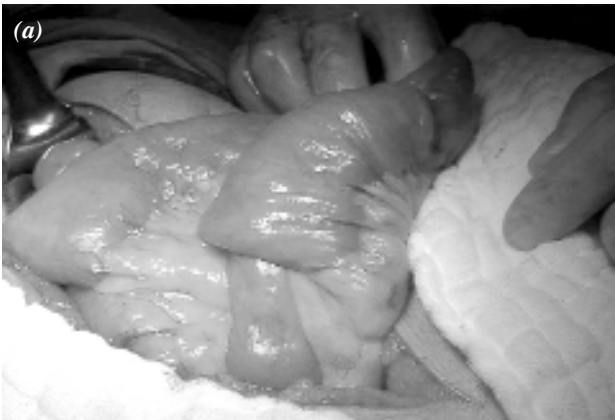
İnce bağırsağın radyolojik olarak görüntülenmesi hala sınırlılıkları olan bir işlemdir. USG %76-100 oranında duyarlılığıyla intussusepsiyonun tanısında yeterli yardımları sağlamasına karşın, altta yatan nedeni ortaya koymada genellikle yetersizdir.^[11,11] Son zamanlarda BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile lezyonların karakteri üzerine çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.^[11-16] USG ve BT ileri düzeyde hastalığı da gösterebilmektedir. Hala yaygın olarak kullanılan baryumla takip çalışmalarının yerini ise son zamanlarda enteroklizis almaya başlamıştır. Özel çift lümenli ve balonlu kateter ile duodenum dördüncü bölümüne kadar entübasyon gerektiren bu invaziv çift kontrastlı görüntüleme yöntemi, floroskopik görüntüleme eşliğinde uygulan-



Şekil 2. Enteroklizis jejunumdaki polipoid dolma defekti.

maktadır. Sadece lümenin içini göstermekle kalmayıp, küçük ve mukozal lezyonları da göstermede duyarlılığı ve özgüllüğü çok yüksek olan bir tekniktir. Olgumuzun karın ağrısı ve intestinal kanamasına yol açabilecek diğer nedenlerin ekarte edilmesinden sonra, yapılan morfolojik yöntemlerle tanısı konulmuş ve BT ile lezyonun natürü belirlenmiştir. Ardından yapılan enteroklizis çalışması lezyonun yerleşimi ile tanısında ve ısrar eden intussusepsiyonun redüksiyonunda yararlı olarak, hastanın elektif şartlarda ameliyat edilmesini sağlamıştır.

Yeni gelişmelerden biri olan enteroskopide sadece ince bağırsakların proksimali hakkında bilgi edinilebilir. Endoskopide lipomlar sarı-turuncu



Şekil 3. (a) İnvajinasyonun ameliyat sırasındaki görüntüsü. (b) Rezeke edilen piyesin görüntüsü.

renkli submukozal lezyon olarak fark edilir.^[17] Endoskopik USG’de ise homojen hiperekoik kitle tarzında görülür.^[18] Ancak intestinal lipomalar daha ziyade ince bağırsağın distalinde yerleştiğinden, endoskopik yöntemlerle gösterilmesi her zaman olası değildir. Yakınlarda tanımlanan kapsül videoendoskopisi, bütün gastrointestinal sistemin görüntülenmesini sağlayan önemli bir teknolojik gelişmedir.^[19] Ancak devamlı görüntü alabilmedeki zorlukları ile kapsülün konumunun bilinmemesi ve dışarıdan yönlendirilememesi gibi kısıtlamaları vardır. Yeni teknolojik araştırmalar bu yönde sürmektedir.

Bu olgu ameliyat öncesi morfolojik tanı yöntemleriyle biyopsi gereksinimi duyulmaksızın teşhis edilebilmiştir. Burada lezyonun yerleşim yeri ve niteliğini, ince bağırsağın görüntülenmesinde en önemli yeri tutan ve maliyeti düşük yöntem olan enteroklizis, yapısal özelliğini ise BT ile yapılan dansite ölçümleri belirleyebilmiştir.

Sonuç olarak, kanama ve intussusepsiyonla seyretmesi açısından nadir olan bu lipom olgusunda olduğu gibi, ince bağırsak tümörleri arasında intussusepsiyona yol açan organik nedenler, karın BT’sinde tipik “target” görünümü ve dansite ölçümüyle tanınabilir, enteroklizis ile lokalize edilebilir ve invajinasyon redükte edildikten sonra elektif şartlarda definitif tedavisi yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Ko SF, Lee TY, Ng SH, Wan YL, Chen MC, Tiao MM, et al. Click here to read. Small bowel intussusception in symptomatic pediatric patients: experiences with 19 surgically proven cases. *World J Surg* 2002;26:438-43.
2. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W 2nd. Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg* 1971;121:531-5.
3. O’Riordan BG, Vilor M, Herrera L. Small bowel tumors: an overview. *Dig Dis* 1996;14:245-57.
4. Martin CJ, Lim KS. Intussusception in coeliac disease: a little-known association. *Aust N Z J Surg* 2000;70:313-4.
5. Westerman AM, Wilson JH. Peutz-Jeghers syndrome: risks of a hereditary condition. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999;230:64-70.
6. Manner M, Scholz E, Wehrmann M, Stickel W. Invagination caused by angiolipoma of the small intestine--a rare cause of occult gastrointestinal hemorrhage. [Article in German] *Chirurg* 2001;72(3):305-7. [Abstract]
7. Baron Y, Priesack W, Sotje G, Brix F, Scheunemann C. Hemorrhagic jejunal lipoma with intermittent intussusception. *Eur J Radiol* 1996;22:123-5.
8. Popov I, Muckart D, Moodley J. Choriocarcinoma presenting with upper gastrointestinal bleeding and intussusception. *S Afr J Surg* 2003;41:70-1.
9. Hofflander R, Beckes D, Kapre S, Matolo N, Liu S. A case of jejunal intussusception with gastrointestinal bleeding caused by metastatic testicular germ cell cancer. *Dig Surg* 1999;16:439-40.
10. Issa K, Mullen KD. Large-cell carcinoma of the lung. With major bleeding and intussusception. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:142-5.
11. Urbano J, Serantes A, Hernandez L, Turegano F. Lipoma-induced jejunojejunal intussusception: US and CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1996;21:522-4.
12. Cakirer S, Sirvanci M, Duran C. Jejunojejunal intussusception secondary to lipoma in an adult. *Acta Radiol* 2002;43:196-7.
13. Naganuma H, Ishida H, Konno K, Komatsuda T, Sato M, Funaoka M, et al. Intussusception in Peutz-Jeghers syndrome: sonographic findings. *Abdom Imaging* 1999;24:333-5.
14. Cerro P, Magrini L, Porcari P, De Angelis O. Sonographic diagnosis of intussusceptions in adults. *Abdom Imaging* 2000;25:45-7.
15. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology* 1999;212:853-60.
16. Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasms: spectrum of disease. *Radiographics* 1998;18:379-92.
17. Chen RY, Taylor AC, Desmond PV. Push enteroscopy: a single centre experience and review of published series. *ANZ J Surg* 2002;72:215-8.
18. Hizawa K, Kawasaki M, Kouzuki T, Suekane H, Matsumoto T, Fujishima M. Endosonographic classifications of gastrointestinal submucosal tumors. *Dic Endosc* 2000;12:120-125.
19. Kornbluth A, Legnani P, Lewis BS. Video capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: past, present, and future. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10(3):278-85.