

Erişkinde İleoçekal İntussussepsiyon: Olgu Sunumu

Adult Ileocecal Intussusception: Report of a Case

SEVİM TURANLI, MURAT ULVİ YÜKSEL, ÇAĞLAR KAZIM ÖZÇELİK, YAVUZ PİRHAN, ABDULLAH ÇETİN
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Erişkin yaş grubunda bağırsak intussuspepsiyonu sık değildir ve cerrahi girişim gerektirir. Genellikle hastalar bağırsak tıkanıklığını düşündüren belirti ve bulgularla gelirler. Radyolojik görüntülemelerdeki gelişmelere rağmen ameliyat öncesi tanı konulması zordur. Bu yüzden akut karın bulgularına neden olan diğer hastalıklarla karışabilir. Akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alınan erişkin hastada ileoçekal intussuspepsiyon saptanması üzerine olgu, tanı ve tedavisi açısından gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler: Erişkin intussuspepsiyonu, tanı, tedavi

ABSTRACT

Adult intussusception of the bowel is an uncommon condition and requires a surgical approach. Patients commonly presents with nonspecific signs and symptoms similar to a bowel obstruction. Despite the improvements in radiological imaging methods, adult intussusception remains difficult to diagnose preoperatively. Therefore, this must be kept in mind as a differential diagnosis of the other acute abdominal diseases. We report an adult patient operated on pre diagnosis of acute appendicitis that was eventually diagnosed as ileocecal intussusception; and discuss diagnosis and treatment.

Key words: Adult intussusception, diagnosis, treatment

Dr. Sevim Turanlı
Türkîş blokları 200/6 Aydınliklevler /ANKARA 06130
Tel: 0544 683 65 30
Fax: 0312 336 34 39
e-mail. turanlisevim@hotmail.com

12. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Giriş

Erişkin yaş grubunda bağırsak intussusepsiyonu sık değildir ve klinik olarak çocuklarda izlenen kramp tarzında karın ağrısı, kanlı ishal, karında ele gelen hassas kitle triadı erişkinlerde görülmemektedir.¹ Belirtiler bağırsak tıkanıklık derecesi, süresi ve yerine göre değişmektedir. Radyolojik görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelere rağmen ameliyat öncesi tanı konulması zordur ve çoğu zaman tanı ameliyatta konulmaktadır. Akut karın bulgularına neden olan diğer hastalıklarla karışabilir. Akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alınan erişkin hastada ileoçekal intussusepsiyon saptanması üzerine olgu, tanı ve tedavisi açısından gözden geçirildi.

Olgu

44 yaşında erkek hasta, 2 gündür tüm karında yaygın olan ve son 3-4 saattir de sağ alt kadrana sınırlanmış olan kolik tarzında ağrı, iştahsızlık ve bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Gaz-gaita deşarjı vardı, kusma, kilo kaybı, dışkılama alışkanlığında değişiklik veya üriner belirtiler yoktu. Fizik muayenede; batın distandü değildi, sağ alt kadranda peritoneal iritasyon bulguları mevcuttu. Kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Rektal muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Bağırsak sesleri dinlemekle hipoaktifti. Rutin kan tetkiklerinde hafif lokositoz saptandı, idrar incelemesi normaldi. Düz karın grafisi özgül değildi.

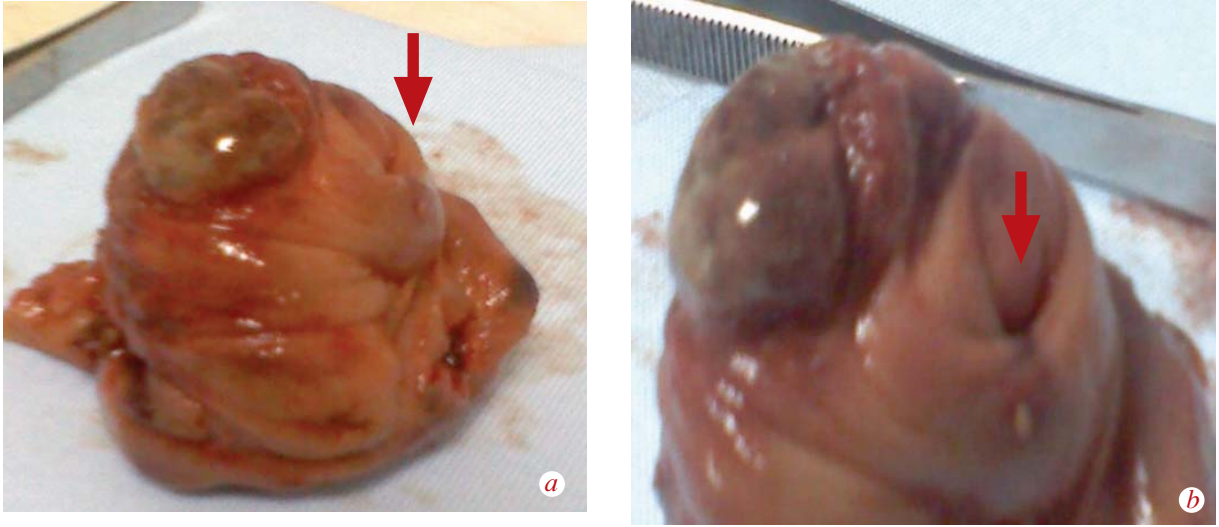
Abdominal sonografide çekum duvarında 3 cm ulaşan duvar kalınlaşması (inflamasyon?, intussusepsiyon?) saptandı. Akut apandisit ön tanısıyla Mc Burney insizyonu ile batına girildi. Eksplorasyonda; apandiks normaldi, çekum duvarı oldukça ödemliydi ve antimezenterik taraftan ileoçekal valve doğru hafif invajineydi ancak ileoçekal valvi geçmemişti. Terminal ileum normaldi, Meckel divertikülü yoktu. Palpasyonda intussusepsiyona eğilimli bağırsak segmentinde intraluminal lezyon saptandı. Terminal ileuma enterotomi yapıldı ve çekumda, üzerinde nekroz olan mukozadan kabarık polipoid lezyon görüldü. Makroskopik olarak habaset düşünülmediği için (Resim 1a, b) orta hat kesisine geçilmeden mevcut kesiden çekumu kapsayacak şekilde segmenter kolon rezeksiyonu ve uç-yan ileokolik anastomoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede bağırsak duvarında inflamasyon ve iskemik nekroz saptandı.

Tartışma

Intussusepsiyon; gastrointestinal sistemde iki bağırsak segmenti arasında motilite farklılığı sonucu segmentlerin iç içe geçmesidir. Anatomik yerine göre (ileokolik, kolokolik, enteroenteral, jejunogastrik intussusepsiyon), yönüne göre (antegrad, retrograd), ve etiyolojik nedene göre (selim, habis, idiopatik) sınıflandırılmaktadır.^{1,2} Pediatrik hasta grubunda akut apandisit takiben en sık rastlanan ikinci abdominal acil olmasına rağmen erişkinlerde nadir görülen bir hastalıktır.^{1,3} Erişkinler arasında erkeklerde ve 30-50 yaş grubunda daha sık görülmektedir.^{4,5} Klinik bulgular intussusepsiyon yerine ve süresine bağlı olarak değişmektedir. Karın ağrısı en sık şikayet olup bunu bulantı, kusma, dışkılama alışkanlığında değişiklik, kanlı dışkılama ve ateş takip etmektedir. Şikayetler akut gelişebileceği gibi subakut veya kronik olabilir. İntussusepsiyonun yerine ve etiyolojisine bağlı olarak şikayet süresi değişmektedir. Kolon kaynaklı ve habis etiyolojili vakalarda şikayet süresi daha kısadır.^{4,5,6}

Pediatrik hasta grubunda intussusepsiyon nedeni %90 idiopattiktir ve çoğunlukla adenoviral enfeksiyona bağlı büyümüş lenf nodu eşlik etmektedir.⁷ Erişkinlerde ise %80-90 civarında etiyolojik neden bulunmakta ve bu nedenlerin yaklaşık %65'ni selim ya da habis neoplaziler oluşturmaktadır.^{4,6,8} Erişkinde intussusepsiyon daha ziyade selim nedenli ve enterik kaynaklıdır. Selim lezyonlar arasında en sık enterik intussusepsiyona neden Meckel divertikülüken, kalın bağırsak intussusepsiyonunda neden lipomdur.^{6,9} Habis lezyonlar arasında ise enterik intussusepsiyonda en sık neden malign melanomken, kalın bağırsak kaynaklıda adenokarsinomdur. Diğer saptanan sebepler; Peutz-Jeghers sendromu, selim polipler, inflame apandiks, divertikül, endometriozis, mukosel, hamartom, villöz adenom, bağırsağın inflamatuvar hastalıkları, geçirilmiş operasyona sekonder yapışıklıklar, beslenme amacıyla kullanılan tüpler, nörofibroma, lenfoma, gastrointestinal stromal tümör, karsinoid tümör, leimyosarkom ve metastatik tümörlerdir.^{4,6,8}

Ameliyat öncesi tanı oranları kullanılan görüntüleme yöntemlerine, intussusepsiyonun süresine ve yerine ve göre değişmektedir. Kullanılan yöntemler; düz karın grafisi, ultrasonografi, baryumlu grafi, kolonoskopi, bilgisayarlı tomografi, anjiyografi, radyo nükleotid incelemeler ve manyetik rezonans görüntüleme. Düz



Resim 1a, b. Çekumdaki lezyonun makroskopik görünümü, appendiks iç ağız işaretlendi.

karın grafisi ilk görüntüleme yöntemidir ancak bağırsak tıkanıklığı geliştiğinde faydalı olabilir. Abdominal sonografi sık kullanılan diğer bir yöntem olmasına rağmen duyarlılığı yüksek değildir. Bunun nedeni radyologun tecrübesine bağlı olması ve özellikle bağırsak tıkanıklığına bağlı dilatasyon gelişmiş hastalarda yoğun gaz nedeniyle değerlendirmenin suboptimal olmasıdır. Bizim olgumuzda tıkanıklık yoktu ve direk grafi intussusepsiyonu düşündürmedi. Ultrasonografide çekumda duvar kalınlaşması izlenmişti ancak komplike apandisit olgularında da duvar kalınlaşması olağan olduğundan ve hastanın ne kliniği nede fizik muayenesi intussusepsiyonu düşündürmediği için yönlendirici olmadı. Bilgisayarlı tomografi özellikle enterik intussusepsiyon tanısı için doğruluk düzeyi en yüksek olan görüntüleme yöntemidir, ayrıca tanıda da sıklıkla kullanılmaktadır. Kolonoskopi perforasyon riskinden dolayı seçilmiş hastalarda uygulanabilir.^{4,6,8,10}

Erişkin intussusepsiyon olgularının temel tedavisi cerrahidir. Enterik intussusepsiyonda etiyoloji genellikle selim olduğu için redüksiyon ve segmenter rezeksiyon önerilirken kolonik intussusepsiyonda altta yatan neden habis olabileceğinden habis hücre yayılımını engellemek için redüksiyon yapılmadan onkolojik prensipler doğrultusunda rezeksiyon önerilmektedir.^{4,5,6,8,10} Bu vakada intussusepsiyon tanısı operasyon anında Mc Burney kesisi yapılmış halde konulduğu için ayrı bir kesi ile sağ hemikolektomiye karar vermeden önce enterotomi yapılarak lezyon makroskopik olarak değerlendirilmiş, lezyonun selim olduğu düşünülerek segmenter kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Geniş etiyolojik yelpazesi, değişik düzeylerde klinik belirtileri olması ve tüm tanı zorluklarına rağmen akut karın tablosuyla karşılaşılan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Altta yatan hastalık ve anatomik lokalizasyonuna göre cerrahi girişim planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Korkmaz Ö, Yılmaz HG, Taçyıldız İ, Baç B, Çevik S. A review of adult cases with intussusception. Dicle Tıp Dergisi 2007;3:182-86.
2. Toso C, Erne M, Lenzlinger PM, *et al.* Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. Swiss Med WKYL 2005;135:87-90.
3. Chandra N, Campbell S, Gibson M, Reece-Smith H, Mee A. Intussusception caused by a heterotopic pancreas. Case report and literature review. JOP. J Pancreas 2004;5:476-79.
4. Chang CC, Chen YY, Chen YF, *et al.* Adult intussusception in Asians: clinical presentations,

- diagnosis, and treatment. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1767-71.
5. McKay R. Ileocecal intussusception in an adult: the laparoscopic approach. *JLS* 2006;10:250-53.
 6. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, *et al.* Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:834-39.
 7. Carty HM. Paediatric emergencies: non-traumatic abdominal emergencies. *Eur Radiol* 2002;12:2835-48.
 8. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, *et al.* Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009;15:407-11.
 9. Nagorney DM, Sarr MG, Mc Ilrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981;193:230-36.
 10. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Lirón-Ruiz R, *et al.* Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis* 2004;19:68-72.