

Yetişkin Hastalardada İleoçekal İnvajinasyonun Benign Sebeplerine Olgular Eşliğinde Yaklaşım

66

Ali Emre NAYCI¹
Önder AKKUŞ²

GİRİŞ

İnvajinasyon proksimal bir bağırsak segmentinin distal bağırsak segmenti içine girmesidir. İlk kez 1674'te Amsterdam Barbette tarafından tanımlanmış, 1789 yılında ise John Hunter tarafından ayrıntılı şekilde tarif edilmiştir (1).

Yetişkinlerde invajinasyon tüm invajinasyonların %5 'i tüm ileusların ise %1-5'ini oluşturur(2).

İnvajinasyon daha çok erken çocukluk döneminde en sık da 6 ila 36 aylık çocuklarda görülmektedir (2) (Resim 1) . İnvajinasyonda altta yatan bir sebep yoksa idiyopatik veya primer kabul edilir. Çocuklarda da olguların çoğu primer ve benign seyirlidir, olguların % 80' inde pnömotik veya hidrostatik redüksiyon tedavide yeterli olmaktadır. Erişkinlerde ise bu durumun aksine invajinasyon %90 sekonder olarak karşımıza çıkar, hemen her

zaman altta yatan bir tümör, polip, divertikül veya benign bir neoplazmin sebep olduğu bir darlık saptanmaktadır(3,4). İnvajinasyondaki proksimal segment intuseptum olarak bilinir, içine girdiği distal segment ise intusens olarak bilinir(5).

Yetişkin invajinasyonu nadir bir durumdur Tüm hastane başvuruların %0,02-0,003'ünü ve cerrahi gerektiren ileus vakalarının yalnızca %1-3'ünü invajinasyon oluşturur(6). İnvajinasyonun en sık görüldüğü bölge, ileum gibi hareketli bir bağırsak segmenti ile çekum gibi fikse bir bağırsak segmentinin yer aldığı ileoçekal bileşkedir.(7)

Yetişkin invajinasyonunda hastaneye başvuru nedenleri büyük oranda değişkendir. Çocuk yaş grubunda görülen klasik semptomlar (kramp tarzı karın ağrısı, kanlı ishal ve ele gelen kitle) çok daha nadir olmakla beraber erişkinlerin semptomları karın ağrısı, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, abdominal distansiyon gibi nonspesifik olup çoğunlukla daha kronik ve parsiyel obstrüksiyon ile ilişkilidir. (8)

Tanı preoperatif radyolojik tetkikler veya laparotomi esnasında konulur (9). Cerrahi bir çok hastada hem tanı hem tedavi amaçlı yapılan bir

¹ Op. Dr, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, aliemrenayci@gmail.com

² Op. Dr Şişli Kolan International Hospital, dronderakkus@hotmail.com

İnvajinasyon mekanizması için barsak içindeki ve etrafındaki kitlenin yabancı cisim gibi davranıp peristaltizmi artırması düşünülmüştür. İnvajinasyon enteroenterik, ileokolik, ileoçekal, kolonik olabilir.(13,14). İnvajinasyon olgularında preoperatif tanı koymak kolay olmasa da bir çok olguda ileus benzeri semptomlar ortaya çıkardığı için bazı vakalar peroperatif tanı almaktadır. Deneyimli bir cerrah ve radyolog eşliğinde vakaların yarısından fazlasında preoperatif tanı koymak mümkündür. Bizim acil servise başvuran iki olgumuzda da preoperatif doğru tanı konulmuştur (15).

İnvajinasyon klinik olarak en sık karın ağrısı ve ileus benzeri bulgular ile kendini göstermektedir. Tanıda kolonoskop, bilgisayarlı tomografi, ayakta batın grafisi ve ultrasonografi kullanılabilir fakat bunlar içinde invajinasyonu ve yerini gösteren karın bilgisayarlı tomografisi önerilmektedir (16). Biz kendi vakalarımız da suda çözünen oral kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile hem invajinasyon tanısı koymayı sağladık hem de altta yatan patoloji ile ilgili bilgi edindik.

Cerrahi tedavi invajinasyonda radikal ve kesin bir uygulamadır. Mevcut patoloji ile birlikte altta yatan etiyoolojiyi de çözdüğü düşünülürse benign kitlelerde dahi tercih edilmelidir. Ayrıca barsak yerinde iskemisi ve malignansi riskinden dolayı rezeksiyon bir çok cerrah tarafından önerilmektedir (17). Cerrahi kararı ve şekli invajinasyonun yeri, sebebi ve tıkanıklığın derecesine bağlı olarak değişir (18).

Erişkin invajinasyon vakalarının neredeyse tamamında altta yatan bir sebep vardır. Mevcut patoloji kolonoskopi enteroklizis gibi yöntemler ile kısmen çözüme kavuşsa yüksek nüks göz önünde bulundurulmalıdır Cerrahi kesin ve en doğru çözümdür (19).

Cerrahi şekli hastanın mevcut durumu ve cerrahın tecrübesine göre değişkenlik gösterse de erişkin hasta grubunda benign olduğu düşünülen kitlelere dahi malign bir kitle gibi davranıp geniş rezeksiyondan kaçınmamak gerekir.

KAYNAKLAR

1. de Moulin D. Paul Barbette, M.D.: a seventeenth-century Amsterdam author of best-selling textbooks. *Bull Hist Med.* 1985;59:506-514.
2. D. G. Begos, A. Sandor, I. M. Modlin. The diagnosis and management of adult intussusception / *The American Journal of Surgery* February Volume 173, Issue 2, Pages 88-94Toso C, Erne M, Lenzlinger P M, et al. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. *Swiss Med WKYL* 2005;135: 87-90
3. JWeilbaeher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W 2nd. Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg* 1971; 121: 531-535
4. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg* 1970; 172: 306-310
5. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg* 2003; 186: 75-76
6. Begos DG, Sandor A, Modlin IM (1997) The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 173:88-94
7. Hidehisa Yamada • Takayuki Morita • Miyoshi Fujita (2007) Adult Intussusception Due to Enteric Neoplasms. *Dig Dis Sci* 52:764-766
8. Martin-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Liron-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perello J, Aguilar-Jimenez J, Aguayo-Albasini JL. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19: 68-72
9. Marinis, A.Yiallourou, L.Samanides at all -Intussusception of the bowel in adults: A review / *World J Gastroenterol* 2009 January 28; 15(4): 407-411
10. Triantopoulou, A. Vassilaki, D. Filippou, Adult ileocolic intussusception secondary to a submucosal cecal lipoma. *Abdom Imaging* (2004) 29:426- 428
11. Taylor BA, Wolff BG (1987) Colonic lipomas: report of two unusual cases and review of Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 30:888-89
12. Rogers SO, Lee M, Stanley A (2002) Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery* 131:678-680
13. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989; 158: 25-28
14. Zeebregts C, Geraedts A, Blaauwgeers J, Hoitsma H (1995) Intussusception of the sigmoid colon because of an intramuscular lipoma. *Dis Colon Rectum* 38:891-892
15. Casamayor Franco MC, Yáñez Benítez C, Hernando Almudí E, Ligorred Padilla LA, García Omedes A, López López JL, et al. Adult intussusception. CT diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99(12): 722.
16. Martin-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Liron-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perello J, Aguilar-Jimenez J, Aguayo-Albasini JL. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19: 68-72
17. Cerro P, Magrini L, Porcari P, De Angelis O. Sonographic diagnosis of intussusceptions in adults. *Abdom Imaging* 2000; 25: 45-47
18. Erkan N, Hacıyanlı M, Yıldırım M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 452-456
19. Ishii M, Teramoto S, Yakabe M, Yamamoto H, Yamaguchi Y, Hanaoka Y, Ouchi Y. Small intestinal intussusceptions caused by percutaneous endoscopic jejunostomy tube placement. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 2093-2094