

Nadir Rastlanılan Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Sebebi; İleoçekal İntussusepsiyon: Olgu sunumu

Ramazan Taşkın¹, Ahmet Öksüz¹, Abdülkadir Aydın¹, Fatih Başak², Ali Kılıç², Gürhan Baş²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

İntussusepsiyon birbirini takip eden iki bağırsak segmentinin birbiri içine geçmesi sonucu oluşur. Genelde çocuklarda idiyopatik olarak görülen intussusepsiyon erişkinde nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada amacımız yetişkin hastada nadir görülen intussusepsiyon olgusunu sunmaktır. İki gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile başvuran 54 yaşında erkek hastaya çekilen direk karın grafisinde hava sıvı seviyeleri görüldü, ileri tetkikler ile değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide hedef bulgusu görülmesi ile hasta intussusepsiyon tanısı aldı. Hastaya acil ameliyat kararı alındı. İleoçekal intussusepsiyon saptandı ve rezeksiyon uygulandı. Ameliyat esnasında, intussusepsiyon sebebi olarak ileum distalinde 2 cm'lik submukozal kitle görüldü. Patolojik inceleme ile kitle lipom olarak değerlendirildi. İntussusepsiyon tanısı için yüksek sensitivite ve spesifisite ile en değerli tanı aracı bilgisayarlı tomografidir. İntussusepsiyon tomografide hedef tahtası (target sign) görüntüsü verir. Erişkin hastada intussusepsiyon nadir görülür fakat bağırsak tıkanıklığı bulunan hastalarda ayırıcı tanıda akıldan tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Erişkin, intussusepsiyon, intestinal obstrüksiyon

ABSTRACT

A rare cause of mechanical intestinal obstruction; ileocecal intussusception: a case report

Intussusception is defined as telescoping of a segment of the gastrointestinal tract into the distal bowel. Idiopathic intussusception occurs in children mostly, and it is rare in adults. In this study, our purpose is to present a rare case with adult intussusception. A 54-year-old male patient presents to the emergency department with abdominal pain, nausea, and vomiting for last two days. Direct abdominal imaging showed air-fluid levels. Diagnosis of intussusception is confirmed by further imaging. Intussusception diagnoses verified by indicated "target sign" in computerized tomography. Subsequently, the patient underwent surgery. Ileocaecal intussusception was detected, and affected bowel segment was resected. An ileal submucosal mass with 2 cm in size was detected as the cause of intussusception. The mass described as lipoma in the pathological evaluation. Since its high sensitivity and spesificity, computerized tomography is most valuable diagnostic tool in intussusception. Target sign is a common finding in the tomography. Intussusception is rare in adults, however, intussusception must be held in the differential diagnosis in patients with intestinal obstruction.

Keywords: Adult, intussusception, intestinal obstruction

XIV. Ulusal Kolon Rektum Cerrahisi Kongresi, Antalya, 15-19 Mayıs 2013 bildiri olarak sunulmuştur. Bildiri özeti olarak ilgili kongrenin bildiri kitapçığında yayınlanmıştır, tümüyle yayınlanmamıştır.

Geliş tarihi/Received: 18.01.2015 Kabul tarihi/Accepted: 02.02.2015



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Fatih Başak, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90-216-632-1818 **E-posta/E-mail:** fatihbasak@gmail.com

Atıf/Citation: Taskin R, Oksuz A, Aydın A, Basak F, Kılıç A, Bas G. A rare cause of mechanical intestinal obstruction; ileocecal intussusception: a case report. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14:129-32. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20150118074324>

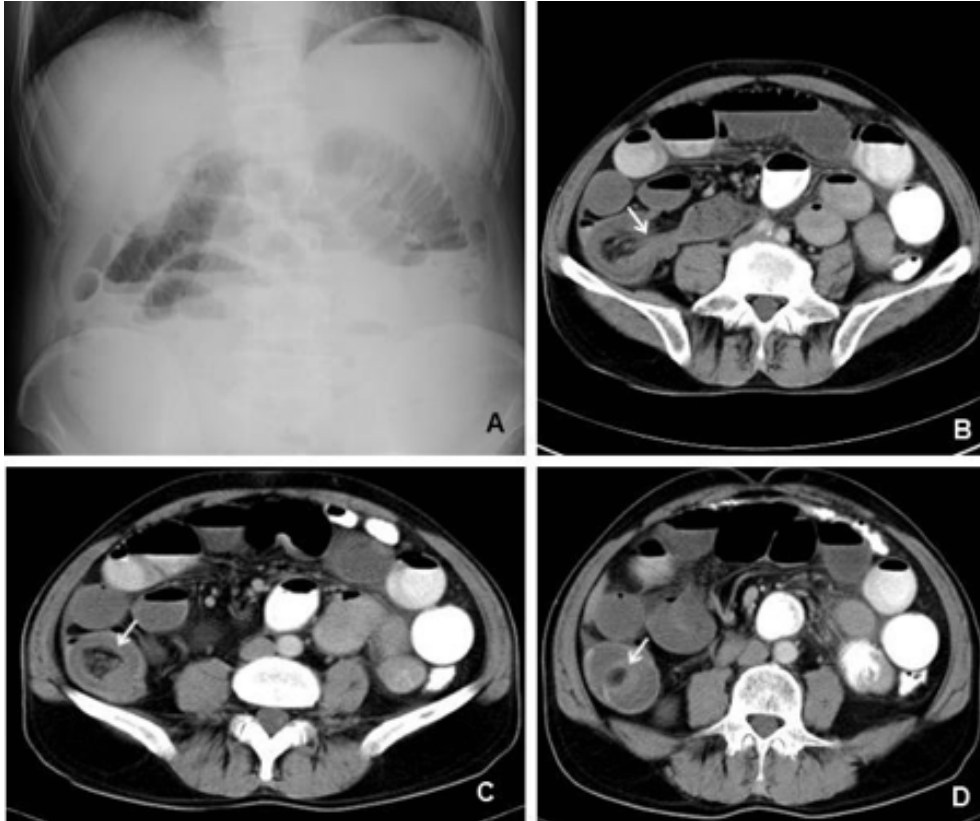
GİRİŞ

Bağırsak obstrüksiyonu sık rastlanılan bir durumdur ve acil cerrahi başvurularının önemli bir kısmını oluşturur. Uygun tedavi edilmediği takdirde ölümcül olabilir. Gastrointestinal pasajın geçişinin engellenmesi olarak tanımlanan mekanik intestinal obstrüksiyon (MİO) etiyojisine göre üç ana grupta toplanır; bağırsağın lümeninden kaynaklanan patolojiler, bağırsağın duvarından kaynaklanan patolojiler ve bağırsağa dışardan bası yapan patolojiler (1). İntussusepsiyon (invajinasyon) birbirini takip eden iki bağırsak segmentinin birbiri içine girmesi sonucu oluşur. Genelde çocukluk yaşlarında idiopatik olarak görülmekle birlikte erişkin yaşlarda nadir görülen bir durumdur. Literatürde MİO etiyojisinde adezyon ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'den yapılan bir çalışmada MİO etiyojisinde sık görülen durumlar; adezyon (%43), volvulus (%18) ve tümördür (%18). İntussusepsiyon %0.8'lik oranıyla nadir görülen sebepler arasında yer almaktadır (1,2). Bu çalışmada erişkin bir has-

tada görülen MİO'ya sebep olan ileoçekal intussusepsiyon olgusunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmaktadır.

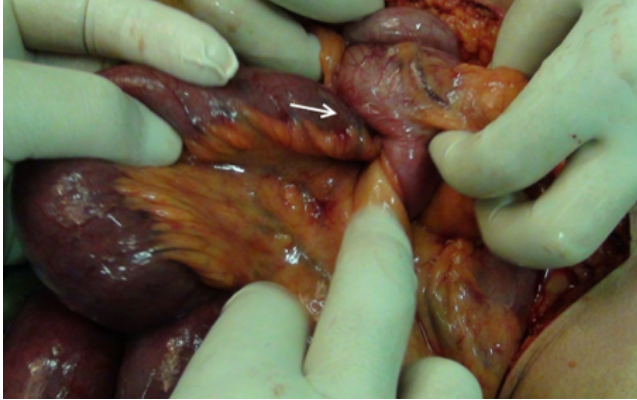
OLGU SUNUMU

Elli dört yaşında erkek hasta iki gündür devam eden karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ameliyat ve kronik hastalık öyküsü yoktu. Karın muayenesinde distansiyon ve yaygın hassasiyet görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit değeri (12.570/ μ L) dışında anormal bir değer saptanmadı. Ayakta direkt karın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyeleri görüldü (Resim 1). Hastaya nazogastrik sonda uygulaması yapıldı ve safralı drenaj görüldü. Mevcut bulgular ile MİO ön tanısı alan hasta ileri tetkik amaçlı bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. İleoçekal valf düzeyinde bölgesel intussusepsiyon ile uyumlu olacak şekilde lümen içine girmiş lümene ait sirküler tarzda dolun defekti veren görünüm izlendi. Bu seviye proksimalindeki ince bağırsak yapılarında

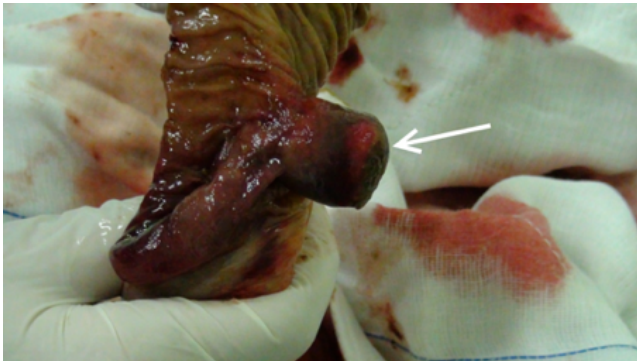


Resim 1: Görüntüleme tetkikleri: A: Ayakta direk karın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyelenmesi, B: İleoçekal invajinasyon gösteren bilgisayarlı tomografi kesiti, (ok: invajinasyon giriş yeri ve ince bağırsak mezosu), C, D: bilgisayarlı tomografi kesitinde invajine olmuş bağırsak segmentinin çift lümen görüntüsü (ok: hedef tahtası).

hava-sıvı seviyelenmesi barındıran bölgesel yaygın dilatasyonlar dikkat çekmekteydi (Resim 1). Bu bulgular ışığında MİO sebebi olarak intussusepsiyon düşünüldü ve hastaya acil ameliyat planlandı. Laparotomide 1000 ml kadar seröz karakterde serbest sıvı görüldü. Eksplorasyonda ileumun son kısmının çekum içine invajine olduğu saptandı (Resim 2). Malignite lehine herhangi bir görünüm saptanmadı. Komşu mezenterik dokuda reaktif olması muhtemel lenfadenopatiler görüldü. Deinvajinasyon düşünüldü, ancak perforasyon ihtimali nedeniyle rezeksiyona karar verildi. Sağ hemikolektomi yapıldı. Piyes açıldı ve intussusepsiyon öncü noktası olarak terminal ileumda ileoçekal valf proksimali 10. cm'de polipoid oluşum görüldü (Resim 3). Ameliyat sonrası takiplerinde yüzeysel cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastaya medikal tedavi düzenlenerek postoperatif 11. günde taburcu edildi. Patolojik incelemede ileoçekal intussusepsiyona neden olan yapının 2 cm çaplı submukoza lipom olduğu



Resim 2: Ameliyat görüntüsü (ok: terminal ileumun çekum içine invajinasyonu)



Resim 3: Terminal ileum açılmış haliyle; 2 cm çaplı mukozal polipoid oluşum (ok) ve mukozada nekroz görüntüsü izlenmektedir.

ğü görüldü. Bu bölgede ileum mukoza ve submukozada hemorajik enfarkt izlendi. Perikolik ve periileal lenf nodlarında reaktif hiperplazi görüldü. Hastanın 6. ay takibinde herhangi bir sorun olmadığı görüldü. Sunulan hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

TARTIŞMA

İntussusepsiyon gastrointestinal kanalın birbirini takip eden iki segmentinin iç içe geçmesi olarak tanımlanır. Literatürde intussusepsiyon lokalizasyonuna göre sınıflandırılmaktadır; enterik, ileokolik, ileoçekal ve kolonik. İnce bağırsak intussusepsiyon etiyolojisinde benign neoplazm, inflamatuvar lezyon, adezyon ve Meckel divertikülü bulunurken; kalın bağırsak intussusepsiyon etiyolojisinde daha çok maligniteler yer alır (3,4).

İntussusepsiyonun sebebi tam olarak bilinmemekle beraber terminal ileumdaki peyer plaklarının önceden geçirilmiş bir viral enfeksiyonuna bağlı hipertrofinin sebep olduğu öne sürülmektedir. Genel olarak bağırsak peristaltizminin artmasına neden olan bir patolojinin (lümen içi veya duvara ait) etkisi üzerinde durulmaktadır (3). Pediatrik hasta grubunda akut apandisit tablosundan sonra en sık rastlanan ikinci abdominal acildir. İdiyopatik intussusepsiyon daha çok 6–24 ay arası çocuk grubunda görülür. Yetişkin popülasyonda nadir görülen bir hastalıktır. Erişkin yaş grubunda polip, lenfoma, enterik duplikasyon kistleri ve Meckel divertikülü gibi bazı patolojiler intussusepsiyona sebebiyet verebilir (3,4).

Tüm hastane başvurularının %0.02'sini ve cerrahi tedavi gerektiren bağırsak tıkanmalarının yalnızca %1–3'ünü intussusepsiyon oluşturur (4-6). Literatürde erişkinde görülen intussusepsiyon olgularında ortalama yaş 45–51 arasında değişmektedir (5). Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı intestinal intussusepsiyon olgu serisinde en sık neden olarak %75 oranında benign kaynaklı patolojiler bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların yaş ortalaması 24.7 olup, yaş ortalamasının düşük olması malign olguların daha az oranda saptanmasına bağlanmıştır (6). Mevcut hastamızın yaşı 54 idi.

Lipomlar en sık kolonda görülür (%65–75). Burada da sıklık sırasına göre; çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum şeklinde sıralanır ve %20–25 oranında da ince bağırsaklarda görülür. İnce bağırsakta en sık

yerleşim yeri ileumdur. Küçük boyutlu lipomlar genellikle asemptomatik olup, kolonoskopi veya ameliyat sırasında tesadüfi olarak saptanır. İki cm'yi aşan lipom bulunan hastalar karın ağrısı, diyare gibi şikayetlerle başvurabilirler (7). Sunulan olguda lipom boyutu 2 cm olarak ölçülmüştür.

Ultrasonografi intussusepsiyon tanısında kullanılmakla beraber tanı koyduruculuğu %30-35 arasındadır. Ultrasonografide yalancı böbrek (pseudokidney) görüntüsü izlenebilir (8). İntussusepsiyon tanısı için en değerli tanı aracı BT'dir. BT'nin sensitivitesi %58-100 ve spesifitesi %57-71 arasında değişmektedir. İntussusepsiyon BT'de hedef tahtası görüntüsü (target sign) verir. Hedef tahtası görünümü birbirini takip eden iki bağırsak segmentinin iç içe geçmesi sonucu oluşur. İçteki tabaka mukozayı temsil ederken dış tabakalar muskularis propria veya serozayı temsil eder. Hedef tahtası görünümü intussusepsiyonda görülebildiği gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklığı, iskemik bağırsak hastalığı, intestinal intramural kanama gibi çeşitli hastalıklarında da görülebilir (3,9). Sunulan olguda BT'de hedef tahtası görünümü mevcuttu ve tanıya büyük katkısı oldu.

Erişkin hastalarda intussusepsiyonun tedavisi genellikle cerrahidir. Cerrahi tedavide rezeksiyon veya deinvajinasyon gibi seçenekler vardır. Fakat deinvajinasyon esnasında perforasyon ile komplike olma riski mevcuttur. Maligniteyle ilişkin olgularda kontaminasyon dışında ek olarak tümör hücrelerinin yayılımına da sebep olabilir (3,9,10). Sunulan olguda deinvajinasyon düşünülmüş, fakat perforasyon ihti-

malinden dolayı rezeksiyon kararı verilmiştir.

Mevcut olguda intestinal obstrüksiyon tanısı düşünüldü, ancak hastanın ameliyat öyküsünün olmaması nedeniyle adezyon tanısından uzaklaşıldı. Hastanın orta yaşlı olduğu düşünüldüncelikle volvulus ve tümör olabileceği ihtimali üzerine ileri tetkikler planlandı. Direk karın grafisinde volvulus tablosundan uzaklaşıldı, ve BT'de hedef tahtası görüldü ve hasta intussusepsiyon tanısı aldı. Acil ameliyata alınan hasta ileoçekal rezeksiyon ile tedavi edildi. Tanı aşamasındaki bu yönetim, tablonun hızla tespit edilmesi ve tedavinin düzenlenmesi, hastanın olumlu olarak sonuçlanmasında en önemli role sahiptir.

Sonuç olarak, intestinal obstrüksiyon etiolojisinde ileoçekal intussusepsiyon nadir görülen bir sebep olup özellikle adezyon ihtimali düşük olan hastalarda akılda tutulmalı, ultrasonografi ve BT gibi ileri tetkik yöntemleri tanıya yardımcı olarak kullanılmalıdır. Tedavisinde deinvajinasyon yapılabileceği gibi, perforasyon riski olan durumlarda bu işlem yerine rezeksiyon tercih edilmelidir.

Hasta Onamı: Hasta onamı alınmıştır.

Yazar Katkıları: Olgunun takibi - R.T., A.Ö., A.A., F.B., A.K., G.B.; Literatür araştırması - R.T., A.Ö., A.A., F.B., A.K., G.B.; Makalenin yazımı - R.T., A.Ö., A.A., F.B.; Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi - R.T., A.Ö., A.A., F.B., A.K., G.B.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Jones RS. Intestinal Obstruction. In Sabiston OC, Lierly HK (editor). Sabiston textbook of surgery, Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1997:915-22.
2. Ekinci H, Kurt N, Bildik N ve ark. Mekanik intestinal obstrüksiyonlar. J Kartal TR 2000;11:823-7.
3. Tavakkoli A, Ashley SW, Zinner MJ. Small Intestine. In Brunicaardi FC (editor). Schwartz's Principle of Surgery. 10 edition. New York: McGraw-Hill, 2015:1137-72.
4. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997;226(2):134-8. [CrossRef]
5. Bostancı MT, Karaoğlan M, İnan HO, Coşkunçay H. Erişkinlerde İntussusepsiyon. Kolon Rektum Hast Derg 2008;18(1):29-35.
6. Korkmaz Ö, Yılmaz HG, Taçyıldız İ, Baç B, Çevik S. Erişkinlerde görülen invajinasyon olgularının değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2007;34(3):182-6.
7. Balamoun H, Doughan S. Ileal lipoma – a rare cause of ileocolic intussusception in adults: case report and literature review. World J Gastrointest Surg 2011;3(1):13-5. [CrossRef]
8. Anderson DR. The pseudokidney sign. Radiology 1999;211(2):395-7. [CrossRef]
9. Onkendi EO, Grotz TE, Murray JA, Donohue JH. Adult intussusception in the last 25 years of modern imaging: is surgery still indicated? J Gastrointest Surg 2011;15(10):1699-705. [CrossRef]
10. Korkmaz Ö, Yılmaz HG, Taçyıldız İH, Akgün Y. Erişkinlerde invajinasyon. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15(2):154-8.