

Erişkinlerde Nadir Bir İleus Nedeni: İnvaginasyon

INVAGINATION IN ADULTS AS A RARE CAUSE OF ILEUS

Dr.Arife POLAT DÜZGÜN, Dr.M.Mahir ÖZMEN, Dr.Bahadır KÜLAH,
Dr.Tahir ORUÇ, Dr.Zihni KOCAERKEK, Dr.Faruk COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Amaç: Çocuklarda barsak tıkanıklığının en sık nedeni olan invaginasyon, yetişkinlerde çok nadir olarak görülür. Bu çalışmada ileus nedeni ile ameliyat edilen ve invaginasyon tanısı alan hastaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Durum Değerlendirmesi: Spesifik bulguların azlığı ve nadir görülmesi nedeniyle, akut karın olgularının ayırıcı tanısında hekimin aklına gelmemesi, ameliyat öncesi invaginasyon tanısını güçleştiren en önemli nedendir. Yetişkin invaginasyonunun tanısında tomografi ilk tanı aracı olarak önerilmektedir.

Yöntem: Ocak 1990 - Mayıs 2000 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Servisinde barsak obstrüksiyonu tanısı ile ameliyat edilen 1200 hastanın dosyası incelendi. İnvaginasyon tanısı ile tedavi edilmiş 16 hasta olduğu saptandı. Bu hastaların dosyaları gözden geçirilerek tanı, etioloji ve tedavi açısından değerlendirildi.

Çıkarımlar: Hastaların yaş ortalaması 54 (34-69) yıl olup 14'ü erkek, ikisi kadındı. Bütün hastalar akut batın nedeniyle acil olarak yatırılmıştı. Belirtilerin süresi bir günden, aralıklı olarak birkaç aya kadar değişmekte olup, büyük çoğunluğu barsak tıkanıklığına bağlı spesifik olmayan yakınmalardan oluşmaktaydı. Dört hastada ultrasonografi de yapılmış invaginasyona spesifik bir bulgu saptanamamıştı. Hastaların tümü ameliyata alınmış ve 14 hasta barsak rezeksiyonu ve primer anastomozla tedavi edilirken, iki hastada invaginasyon düzeltilmiştir. Hastaların 5'inde (%31) beraberinde invaginasyona neden olan bir lezyon mevcut iken 10 hastada hiçbir lezyon bulunamamıştır. Postoperatif hiçbir komplikasyon görülmeyen hastalar şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Yetişkin invaginasyonu, çok nadir görülmesi ve dolayısıyla da hekimlerin bu konudaki deneyimsizliği nedeniyle ameliyat öncesi tanısı çok zor olan bir patolojidir. İnvaginasyon şüphelenilen barsak obstrüksiyonlu hastalarda primer tanı aracı olarak baryumlu kontrast grafi yerine, tomografi tercih edilmelidir. Tanı halinde tedavisi cerrahi olup, invaginasyona neden olan lezyonun benign olduğu ameliyat öncesi bilinmedikçe, invaginasyon redükte edilmeden rezeksiyon yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnvaginasyon, barsak obstrüksiyon, erişkin

SUMMARY

While invagination is one of the leading cause of acute abdominal pathology in children, it is a rare clinical entity in adults. Our aim was to evaluate the incidence of invagination as a cause of ileus and re-evaluate the clinical features of patients. The records of 1200 patients who had been operated with the diagnosis of intestinal obstruction in Emergency Surgical Department of Ankara Numune Teaching and Research Hospital during last 10 years were reviewed. 16 (2F) patients with median (range) age of 54 (34-69) years were found to be operated for invagination (1.3%). Invagination was ileo-ileal in 13 patients, colo-colic in 1 patient; jejunoduodenal in one patient and jejuno-colic in other one. The patients presented with complaints ranging for hours to months and from nonspecific complaints to signs and symptoms of acute intestinal obstruction. Bowel resection was procedure of choice in 14 patients, 2 patients underwent reduction only, and one of whom also had gastric polip

removed. Intraluminal polipoid lesions were identified in 3 patients and one of them was found to be malignant. Invagination was due to adhesions in two patients. No additional pathology was found in remaining 10 patients. Although invagination in adults is very rare, it is commonly due to underlying pathology and diagnosis usually made during operation. Surgery is the treatment of choice in patients with the correct diagnosis. As the suspicion of malignancy will remain as an unanswered question in patients without resection, resection should be done without any attempt to reduce it.

Keywords: Invagination, ileus, adult

Çocuklarda barsak tıkanıklığının en sık nedeni olan invaginasyon, yetişkinlerde çok nadir olarak görülür (1,2,3,4,5,6,7,8). Çocuklarda %90'ı idiyopatik iken yetişkinlerde büyük çoğunluğunda altta yatan bir neden vardır (2,7,9). Çocuklarda tanı genellikle kolik şeklinde ağrı, kanlı dışkılama ve karında ele gelen bir kitlenin varlığı ile konurken, olguların ancak %15-20'sinde ise tanı için direkt grafiler, ultrasonografi, baryumlu lavman grafileri veya tomografi gibi radyolojik incelemeler yapılması gerekir. Yetişkinlerde invaginasyon tanısı, çocuklardakinin aksine çok daha zordur ve genellikle ameliyat sırasında konur. Çocuklarda esas tedavi nonoperatif olup, baryum lavmanı ile hidrostatik redüksiyon yapılır. Yetişkinlerde ise tedavi tartışmalı olmakla birlikte, sıklıkla altta yatan bir lezyonun varlığında veya malignite olasılığında cerrahi rezeksiyon önerilmektedir (4,5,6,10,11,12). Altta yatan neden veya malignite olmadığında redüksiyonun yeterli olduğu da bildirilmektedir (4,10,13).

HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 1990 - Mayıs 2000 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Servisinde barsak obstrüksiyon tanısı ile ameliyat edilen 1200 hastaya ait kayıtlar incelenerek, invaginasyon tanısı almış 16 (%1.3)

hasta olduğu tespit edildi. Bu hastaların anamnez ve fizik muayene notları, tanı için kullanılan tetkikler, ameliyat notları ve patolojik değerlendirme raporları gözden geçirildi. Hastalar yakınmaların tipi, süresi ve dağılımı; invaginasyonun tipi, yerleşim yeri, etyolojik faktörler ve uygulanan tedavi yöntemleri açısından değerlendirildi.

SONUÇLAR

Hastaların yaş ortalaması 54 (34-69) yıl olup 14'ü erkek, ikisi kadındı. Bütün hastalar akut batın nedeniyle acil olarak yatırılmıştı. Semptomlar bir günden, aralıklı olarak birkaç aya kadar değişen sürelerde mevcut olup, büyük çoğunluğu barsak obstrüksiyonuna bağlı spesifik olmayan yakınmalardan oluşmaktaydı (Tablo 1). Bir hastada sınırları belirsiz abdominal kitle, bir hastada diare, dört hastada ise kanlı mukuslu rektal akıntı saptanmıştı.

Hastaların tümünde direkt karın grafisinde barsak obstrüksiyonunu düşündüren hava sıvı seviyeleri tespit edilmiştir. Dört hastada ultrasonografi de yapılmış ancak invaginasyona spesifik bir bulgu bulunamamıştır. Sadece pelvik hassasiyeti olan bir hastada yapılan transvajinal ultrasonografi ile invaginasyon tanısı konmuş ve pelvik tomografi ile tanı teyit edilmiştir.

Hastaların tümü ameliyata alınmıştır. Ameliyat

TABLO 1: İNVAGİNASYON TANISI İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARDA SEMPTOMLARIN DAĞILIMI

SEMPTOM	HASTA SAYISI	%
Abdominal Ağrı	15	93
Bulantı-Kusma	14	87
Gaz-gaita çıkaramama	15	93
Kanlı-mukuslu rektal akıntı	4	5
Kilo kaybı	4	25
Diare	1	6
Abdominal kitle	1	6

TABLO 2: İDİOPATİK VE NONİDİOPATİK İNVAGİNASYON GÖRÜLEN HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

	İdiopatik	Non-idiopatik	Toplam
Hasta Sayısı	11	5	16
Ortalama Yaş	50	60	54
Cinsiyet (E/K)	9/2	5/0	14/2
Lokalizasyon			
Kolo-kolik	1	-	1
Jejuno-kolik	-	1	1
İleo-ileal	10	3	13
Jejuno-duodenal	-	1	1

öncesi sadece bir hasta kesin olarak invaginasyon tanısı almış olup, üç hasta klinik muayene ve anamnez ile invaginasyon şüphesiyle, diğer 12 hasta ise invaginasyon düşünülmeden ameliyat edilmiştir. Bir hasta hariç hastaların tümünün kesin tanısı ameliyat sırasında konmuştur.

Olguların 13'ünde invaginasyon ince barsaklarda, biri ileo-kolik, biri jejuno-kolik biri de sigmoido-rektal idi (Tablo 2). Hastaların 14'ü barsak rezeksiyonu ve primer anastomozla tedavi edilirken, iki hastada invaginasyon düzeltilmiştir. Hastaların 5'inde (%31) birlikte invaginasyona neden olan lezyon saptanmıştır. Bunlardan üçü ince barsak polibi iken iki olguda daha önce geçirilmiş abdominal ameliyatlara bağlı adezyonlar olduğu görülmüştür. Jejuno-duodenal invaginasyon olan bir olguda da invagine bölge dışında -midede- polip olduğu saptanmıştır. Histopatolojik inceleme sonrası ince barsak poliplerinin, inflamatuvar, lipomatöz ve malign polip olduğu saptanmıştır (Tablo 3). 10 hastada ise ek başka hiçbir lezyon görülmemiştir.

Cerrahi tedavi sonrası hastaların tümü hiç bir komplikasyon olmaksızın şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Çocuklarda önde gelen akut karın nedeni olan invaginasyon, erişkinlerde çok nadir olup, tüm erişkin barsak tıkanıklıklarının %1-5'ini oluşturur (4,5,6,7,10,11,12). Serimizde bu oran %1.3 olup, yılda ortalama 2 olguya karşılık gelmektedir. İnvaginasyona çocuklarda oluşturduğu abdominal ağrı, kitle ve rektal kanama bulgularıyla kolaylıkla tanı konulurken yetişkinlerde bu klasik triad çok nadir oluşmaktadır. Olgularımızda da olduğu gibi olguların büyük çoğunluğu karın ağrısı, bulantı-kusma, gaz-gaita çıkartamama ve distansiyon şikayetleriyle akut barsak tıkanıklığı semptomları göstermektedir. İnvaginasyonun nadir görülmesi ve spesifik bulguların azlığı, ameliyat öncesi invaginasyon tanısını koymayı zorlaştırır. Serimizde ameliyat öncesi tanı oranı biri kesin, üçü şüpheli olarak %25'dir. Bu oran Begos'un serisinde %38, Eisen'de %40'dır (4,5).

İnvaginasyon tanısında radyolojik çalışmaların önemli bir yeri vardır. Tıkanıklık semptomları hakimse düz karın filmleriyle tıkanıklığın yeri belirlenir. Daha sonra kontrast çalışmalar invaginasyonun lokalizasyonu ve nedenini tespit

TABLO 3: HİSTOPATOLOJİK İNCELEME SONUÇLARI

İnvaginasyon Tipi	Yeri	Patoloji	Hasta Sayısı
Sigmoido-rektal	Rektum	prolapsus	1
Jejuno-kolik	Kolon	Adezyon	1
İleoileal	İnce barsak	İnflamatuvar polip	1
		Lipomatöz polip	1
		Malign polip (Lenfoma)	1
		İdiopatik	10
Jejuno-duodenal	İnce barsak	Adezyon	1

etmede yardımcı olabilir. Üst gastrointestinal sistemde (stacked coin) madeni para yığını olarak görüntü verir (4,5,7,10,11,12). Baryumlu lavman grafisi de lezyonu lokalize edebilir ve invaginasyonu açabilir (4,5,7,10,11,12,13). Serimizde ameliyat öncesi kesin tanı konulan tek olgumuzda transvaginal ultrasonografi ile tanı konulmuş daha sonra bu durum tomografi ile teyit edilmiştir. Hem erişkinlerde hem de çocuklarda ultrasonografi, ancak invaginasyondan şüphe edildiğinde kullanılmaktadır. Lim ve arkadaşları 11 yetişkin ile okolik invaginasyon olgusunun, hepsinde invaginasyonun varlığını, yerini ve nedenini ultrasonografi ile tespit ettiklerini bildirmişlerdir (14). Ultrasonografi yapılan diğer dört olgumuzda ise tanı konulamamıştır.

Tomografi invaginasyon tanısında etkili bir tanı aracı olup ilk tanı aracı olarak kullanılması önerilmektedir (4,5,7,15). Eisen ve arkadaşlarının serisinde tomografi yapılan 9 hastanın 7'sinde tanı konmuştur (5). Yetişkinlerde barsak tıkanıklığına neden olan invaginasyonlarda, tanı için baryum kontrastlı grafi yapılmasının, bu olgularda barsakta kanlanmanın da etkilenmiş olduğu dikkate alındığında, ölümcül olabilecek komplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle noninvazif bir tanı aracı olan tomografinin ilk tercih edilecek yöntem olması gerektiği kanısındayız.

Literatürde yetişkin invaginasyonlarının büyük çoğunluğu ince barsak kökenlidir (4,10,12,16). Olgularımızın da biri hariç hepsi ince barsak kökenlidir (%93.7). Erişkinlerde vakaların çoğunda invaginasyonu başlatan bir neden vardır. İnce barsaklarda bu patoloji çoğunlukla benign yapıya iken, kolonda çoğunlukla maligndir (1,4,5,6,7,17). Sanders ve arkadaşları taradıkları 350 kolon invaginasyonunda, olguların %68'inin malign nedenli olduğunu bildirmişlerdir (18). İnce barsakta invaginasyona neden olan en sık nedenler benign neoplazmlar, Meckel's divertikülü, adezyonlar ve inflamatuvar lezyonlardır. Malign neoplazmlar %6-30 oranında görülmektedir (4,10,12,16,17). Serimizde de neoplazi oranı %20'dir.

Olgularımızda idiopatik invaginasyon oranı (11/16) %68'dir. Begos, literatürde yayınlanmış 1048 erişkin invaginasyon olgusunu gözden geçirmiş, ince barsaklarda %23, kalın barsaklarda %13 olgunun idiopatik olduğunu bildirmiştir (4).

Erişkin invaginasyonlarının tedavisinde bütün yazarlar alta yatan olası patolojik lezyonun tanısı için laparatominin mutlaka yapılması gerekliliği konusunda hem fikirdir (4,5). Literatürde

invaginasyonun önce redükte edilmesi, lezyon varsa rezeke edilmesi önerilmektedir (1,2,3,4). Ancak uygulanan redüksiyon yöntemi tartışma konusudur. Redüksiyona karşı çıkan araştırmacılar, kanlanması bozulmuş barsakta redüksiyon sırasında yapılan manüplasyonların perforasyona yol açabileceğini ve eğer malign bir tümör varsa da bu işlemin teorik olarak malign hücrelerin venöz embolizasyon riskini artırabileceğini ileri sürmektedirler (4,5,10,11).

Son yayınlar redüksiyon yapmadan rezeksiyon için seçici yaklaşımı tavsiye etmektedirler (4,5,10,12). Kolonik invaginasyonda malignite oranının yüksekliği nedeniyle rezeksiyon önerilirken, ince barsak lokalizasyonunda redüksiyon önerilmektedir. Ancak ince barsak invaginasyonları için de bildirilen yüksek malign neoplazi oranları dikkate alındığında, seçici yaklaşım konusunda daha dikkatli davranmak gerektiğini düşünüyoruz (4,10,11,12,16,17). Nitekim serimizde de neoplazi oranı %20 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, yetişkinlerde nadir görülen invaginasyonun ameliyat öncesi tanısı zordur. İnvaginasyon şüphelenilen barsak obstrüksiyonlu hastalarda koşullar uygunsa primer tanı aracı olarak baryumlu kontrast grafileri yerine, tomografi tercih edilmelidir. İnvaginasyonun tedavisi cerrahi olup, sebep lezyonun benign olduğu bilinmedikçe redükte edilmeye çalışılmaksızın rezeksiyon yapılmalıdır düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Coutney SP, Ibrahim N, Longstaff AJ, Davidson CM. Intussusception in the adult: Clinical, radiological and histological features. *Postgrad Med Jr* 1992; 68: 449-452.
2. Grosfeld JL, West KW. Neonatal colonic obstruction and intussusception in childhood. In: Schwartz SI, Ellis H. eds, *Mainiot's Abdominal Operations*. Vol 2. 10th ed. East Norwalk: Appleton and Lange, 1997; 2075-2096.
3. Bail JP, Holderbach LJ, et al. Primary colonic intussusception protruding from the anus in adults. *Ann Chir* 1992; 46: 346-351.
4. Begos DC, Sandor A, Modlin IM. Diagnosing and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
5. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults: Institutional Review *J Am Coll Surg* 1999; 188: 390-395.
6. Akçay MN, Polat M, Çadircı M, Gencer B. Tumor-Induced ileo-ileal invagination in adults. *Am Surg* 1994; 60(12): 980-981.

7. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226(2): 134-138.
8. Matter I, Assaff Y, Nash E, Kunin J, Cohen O, Eldar S. Intussusception in adults. *South Afr J Surg* 1997; 35 (4) : 194-197.
9. Nicolas JC, Ingrand D, Fortier BA. One year virological survey of acute intussusception in childhood. *J Med Virol* 1982; 9: 267-271.
10. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193; 230-236.
11. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults. *Am J Surg* 1971; 121; 531-535.
12. Reijnen H, Joosten H, de Boer H. Diagnosis and treatment of adult intussusception. *Am J Surg* 1989; 158: 25-28.
13. Mok PM, Humphrey A. Ileo-ileocolic intussusception: radiologic features and reducibility. *Pediatr Radiol* 1982; 12: 127-131.
14. Lim JH, Ko JT, Lee DH, et al. Determining the site and causes of colonic obstruction with sonography. *Am J Roentgenol* 1994; 163: 1113-1117.
15. Merine D, Fishman EK, Jones B, Siegelman SS. Entero-enteric intussusception: CT findings in nine patients. *AJR* 1987; 1119-1132.
16. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg* 1970; 172:306-310.
17. Erbil Y, Eminoğlu L, Cali SA, Berber E. Ileocolic invagination in adult due to caecal carcinoma. *Acta Chir Belg.* 1997; 97 (4) : 190-191.
18. Sanders GB, Hagan WH, Kinnaid DW. Adult intussusception and carcinoma of the colon. *Ann Surg* 1958; 147:796-803.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr. Faruk ÇOŞKUN

Şehit Adem Yavuz Sok. No:7/11

Kızılay, ANKARA