

Erişkinlerde İntussusepsiyon

Intussusception in Adults

M.TANER BOSTANCI, MUHARREM KARAOĞLAN, H.OĞUZHAN İNAN, HÜSEYİN COŞKUNÇAY

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Çocuklarda nispeten daha sık görülen intussusepsiyon erişkinlerde nadiren de olsa mekanik barsak tıkanıklığı nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ancak erişkinlerde intussusepsiyon, neden olan patoloji ve tedavi seçenekleri açısından pediatrik intussusepsiyondan farklılık gösterir. Biz çalışmamızda erişkin intussusepsiyonunun teşhis ve tedavi yöntemlerini irdeledik ve bu konudaki klinik tecrübelerimizi belirtmek istedik.

Hasta ve Yöntem: Ekim 1998-Temmuz 2006 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğt. ve Araşt. Hastanesi 2.Cerrahi kliniğinde preoperatif veya perioperatif intussusepsiyon tanısı almış ve tedavi görmüş 18 yaş ve üzeri hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: 7 Hasta kliniğimizde intussusepsiyon tanısıyla tedavi görmüştür. Hastaların ortalama yaşı 40,2 idi. Hastaların çoğu mekanik barsak tıkanıklığı bulguları göstermekteydi(5/7).Hastaların dördünde ileoçekokolik,üçünde enterik intussusepsiyon mevcuttu. Hastaların %71,4'de intussusepsiyonun patolojik bir duruma sekonder geliştiği tespit edilmiştir. Tüm hastalara cerrahi girişim uygulanmıştır.

Sonuç: İntussusepsiyon erişkinlerde nadir görülen bir durumdur.Özellikle kronik semptomlar belirten hastalarda nonspesifik bulgular nedeniyle tanıda güçlüklerle karşılaşı-

labilmektedir. Abdominal BT tanıda altın standart olmakla birlikte tecrübelerimiz göstermiştir ki klinik şüphe tanıda en önemli adımdır ve tecrübeli radyologlarca yapılan USG ile de yüksek oranlarda tanı konabilmektedir. Hastaların çoğunda patolojik bir lezyon tespit edilir ve bu lezyonlar da yüksek oranlarda malign karakterdedir(özellikle kolonik formlarda). Bu nedenle tedavinin esasını cerrahi tedavi yöntemleri oluşturur. İleoçekokolik ve kolokolonik formlarda en blok rezeksiyon önerilirken seçilmiş enterik intussusepsiyonlu hastalarda rezeksiyon öncesi redüksiyon uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin, İntussusepsiyon, Cerrahi tedavi

ABSTRACT

Purpose: Intussusception which is seen more often in children may be encountered as one of the reasons causing mechanical intestinal obstruction in adults. However, pathologies causing intussusception in adults differ from the pathologies causing intussusception in children. Treatment strategies are also different according to the age group. In our study, we searched the diagnosis and treatment strategies of intussusception in adults and decided to share our clinical experience on the subject.

Method: Patients older than 18 who administered to İzmir Tepecik Education and Search Hospital, 2nd General Surgery Clinic between October 1998 and July 2006 and diagnosed preoperative and perioperative with intussusception were retrospectively investigated.

Results: Seven patients were treated with the diagnosis of intussusception. Mean age of the patients was 40.2. Most

✉ M.Taner Bostancı, T.C.S.B. İzmir Tepecik Eğt. ve Arşt. Hast., 2.Cer. Kliniği, Yenişehir/İzmir
e-posta: mtanerbostanci@gmail.com.tr

of the patients were presented by the signs and symptoms of mechanical bowel obstruction (5/7). In four of them ileoceocolic intussusception was encountered while three of them was diagnosed with enteric intussusception. In 71,4% of the patients, the intussusception was caused by a pathological condition. All of the patients were treated by surgery.

Conclusion: Intussusception is a rare disease in adults. It is usually difficult to diagnose due to the non-specific nature of the findings in the patients with chronic symptoms. Although abdominal CT scans are the golden standart of the diagnosis, our clinical experience proved that clinical

suspicion is the main step towards the diagnosis. Experienced radiologists can also detect the intussusception by ultrasound. In the most of the patients, a pathologic lesion is detected and these lesions are usually malign (especially in the colonic forms). For this reason, the treatment usually involves surgery. For patients with ileoceocolic and colocolic intussusception en-bloc resection is recommended while for patients with enteric intussusception reduction prior to resection may be tried.

Key Words: Adult, Intussusception, Surgical Treatment

Giriş

Erişkin insanlarda nadir görülen intussusepsiyon, barsağın proksimal segmentinin (intussuseptum) teleskopik olarak distaldeki komşu barsağa (intussusepsiens) ilerlemesi ile ortaya çıkan durumdur.^{1,6,8} Erişkin intussusepsiyonu tüm intussusepsiyon vakalarının %5'ini oluşturur ve erişkinlerde görülen barsak obsruksiyonlarının da %1-5'nin sebebidir.^{1-4,6} Pediatrik intussusepsiyondan farklı olarak erişkinlerde %70-90 olguda neden olan bir patoloji tespit edilir.^{1,2,4-9} Çocuklarda sıklıkla akut olarak görülürken erişkinlerde akut, subakut veya kronik semptomlarla ortaya çıkabilir.¹⁻⁹ Erişkinlerde özellikle akut tabloyla gelen hastalarda mekanik barsak tıkanıklığı bulguları belirgindir. Kronik semptomlar belirten hastalarda ise nonspesifik bulgular görülür ve bu da tanıda zorluklara neden olur.

İntussusepsiyona neden olan esas etiopatogenez hâlâ tam olarak bilinmemektedir, ancak inanılan şudur ki barsak duvarındaki bir lezyon veya lümenindeki bir iritan, barsak peristaltizmini değiştirmekte ve intussusepsiyona neden olmaktadır.⁶ Erişkinlerde intussusepsiyonun tedavisini esas olarak cerrahi yöntemler oluşturur. Erişkin intussusepsiyonu yerleşimine göre 1)enterik; 2)ileoçekolik (ileoçekal, ileokolik); 3)kolokolik; 4)kolorektal; 5)rektorektal şeklinde gruplandırılmaktadır.³

Bu çalışmada kliniğimizde rastladığımız ve tedavi ettiğimiz 7 erişkin intussusepsiyon olgusu sunulmuş ve irdelenmiştir.

Hasta ve Yöntem

Ekim 1998-Temmuz 2006 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğt. ve Arşt. Hastanesi 2.Cerrahi kliniğine başvurmş ve preoperatif veya perioperatif intussusepsiyon tanısı konmuş hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların geliş anındaki semptomları, tanısı, tedavisi ve patolojileri incelenmiştir. Olguların hepsi 18 yaş üzerindedir. Rektal veya stomal prolapsus, gastroenterostomi sonrası gelişen jejunogastrik intussusepsiyon çalışmaya dahil edilmemiştir.

Sonuçlar

İntussusepsiyon tanısı almış 7 hasta tespit edildi. Olguların 3'ü erkek (%42.8), 4'ü kadındı (%57.2). En genç hasta 24 yaşında, en yaşlı hasta ise 82 yaşında idi. Hastaların ortalama yaşı 40.2 idi. En sık karşılaşılan semptom karın ağrısı idi ve hastalarımızın hepsinde başvuru anında mevcuttu (%100). Diğer karşılaşılan semptomlar kusma, diare, konstipasyon, şişkinlik idi. 5 Hastada (%71.4) mekanik barsak tıkanıklığı semptom ve bulguları mevcuttu. 1 Hastada (%14.3) subklinik tablo hakim iken 1 hastada da (%14.3) altı aydan beri devam eden kronik semptomlar mevcuttu (Tablo 1).

Hastaların hepsine direkt batın grafisi çekildi ve 5 olguda (%71.4) mekanik barsak tıkanıklığını düşündüren hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Yine tüm hastalara tüm batın USG yapıldı ve 4 olguda (%57.1) preoperatif intussusepsiyon tanısı kondu. Hastaların 4'ünde (%57.1) intussusepsiyon ileoçekolik yerleşimli iken

3 hastada (%42.9) enterik yerleşimli idi. Kolokolik, kolorektal veya rektorektal tipleri ile karşılaşılmadı (Tablo 2). Beş hastada (%71.4) intussusepsiyona neden olan patoloji tespit edilirken 2 olguda (%28.6) intussusepsiyonun idiyopatik olduğu tespit edildi. Tespit edilen patolojilerin hepsinin benign yapıda olduğu görüldü. Enterik intussusepsiyonlar inflamatuvar fibroid polip (1 olgu), adezyon (1 olgu) ve benign mezenterik tümöre (1 olgu) sekonder gelişirken ileoçekokolik intussusepsiyonların ise inflamatuvar fibroid polip (2 olgu) ve idiyopatik nedenlere (2 olgu) sekonder geliştiği tespit edildi.

Hastaların hepsine cerrahi girişim uygulandı. Enterik intussusepsiyonlardan ikisinde, ileoçekokolik intussusepsiyonlardan üçünde intraoperatif redüksiyon ardından rezeksiyon yapıldı. Enterik intussusepsiyonlu bir hastada fiksasyon nedeniyle, ileoçekokolik intussusepsiyonlu bir hastada ise nekroz sonucu perforasyon riski nedeniyle redüksiyon yapılamadan en blok rezeksiyon yapıldı (Tablo 2).

Ameliyat sonrası dönemde hiçbir olguda komplikasyon gelişmedi. Mortaliteye rastlanmadı. Hastaların postoperatif yakın dönem takipleri olağan seyretmiştir.

İrdeleme

Erişkinlerde intussusepsiyon çocuklara kıyasla çok nadir karşılaşılan bir durumdur.¹⁻¹⁰ Yapılan çalışmalara göre tüm intussusepsiyon vakalarının %5'i erişkinlerde görülürken erişkinlerde görülen mekanik barsak tıkanıklıklarının da %1-5'ini intussusepsiyon oluşturduğu tespit edilmiştir.¹⁻³ Ayrıca klinik tecrübeler göstermiştir ki erişkinlerde intussusepsiyon büyük oranda mevcut olan bir patolojik lezyon sonucunda gelişmektedir. Bu nedenle intussusepsiyonun erişkinlerde temel tedavi yöntemi cerrahi seçeneklerdir.

İntussusepsiyon çocuklarda daha çok akut tablo olarak ortaya çıkarken erişkinlerde sıklıkla kronik olmakla beraber subakut veya akut olarak da görülebilmektedir.^{1,3,4,6} Akut tablo tüm olguların yaklaşık %20'sini oluşturur ve daha çok mekanik barsak tıkanıklığı bulguları eşlik eder. Akut tabloda en sık görülen semptomlar karın ağrısı, bulantı ve kusmadır. Subakut ve kronik formunda ise karın ağrısı daha çok aralıklı şekilde görülmektedir ve nonspesifik bulgular eşlik etmektedir. Hastalarda görülebilen diğer semptomlar ateş, kabızlık, kilo kaybı, ishal,

şişkinliktir. En sık karşılaşılan fizik muayene bulguları ise distansiyon,bağırsak seslerinin azalması veya yokluğu, gaitada gizli kan pozitif olması ve batında ele gelen kitle olmasıdır.^{2,3,4,6} Biz çalışmamıza dahil etmiş olduğumuz hastalarda akut tabloyla daha sık karşılaştık.5 Olguda (%71.4) akut tablo görülürken,1 hastada(%14.2) subakut tablo, 1 hastada (%14.2) ise 6 aydır devam eden kronik tablo tespit ettik. Hastalarımızda en sık görülen semptomlar karın ağrısı (en sık, %100), kusma, diare, konstipasyon ve şişkinlikti. Hastalarımızın hiçbirisinde pediatrik formda sık görülen triad olan karın ağrısı, batında ele gelen kitle ve hematokezya/melena birlikteliği görülmedi. Batında ele gelen kitle erişkin intussusepsiyonunda sık karşılaşılan bir bulgu olmamakla birlikte %7-42 oranlarında karşılaşıldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{2,6} Bizim olgularımızın hiçbirisinde fizik muayene bulgusu olarak ele gelen kitle tespit edilmedi (Tablo 1).

Her ne kadar birçok olguda kesin tanı operasyon esnasında konsa da intussusepsiyon ile ilgili yapılan çalışmalarda birçok invaziv ve noninvaziv radyolojik yöntemin ve endoskopik girişimin ameliyat öncesi tanı koymak amacıyla kullanıldığını görmekteyiz: direkt grafiler, kontrastlı çalışmalar, ultrasonografi, tomografi, endoskopik yöntemler, anjiyografi ve sintigrafi.¹⁻¹⁰

Direkt batın grafileri tercih edilen ilk radyolojik tetkik olmakla birlikte sadece obstruktif bulguları olan hastalarda tıkanmanın varlığı ve seviyesi hakkında bulgu verebilir.

Kontrastlı çalışmalar özellikle kronik olgularda lokalizasyon ve mevcut olan patolojik lezyon hakkında bilgi edinmemize yardımcı olabilir. Kontrastlı üst gastrointestinal çalışmalarında "bozuk para yığını (stacked coin)" görünümü elde edilebilir. Baryumlu enema ile yapılan çalışmalar ise özellikle kolonik veya ileoçekokolik tiplerde yararlı olabilmekte ve karakteristik olarak "fincan şeklinde dolma defekti(cup-shaped filling defect)" elde edilebilmektedir. Kontrastlı çalışmaların dezavantajı, perforasyon veya iskemi olduğu düşünülen olgularda kontrendike olmasıdır. Diagnostik tanı değerlerini Azar T ile Berger DL¹ çalışmalarında ÜGİ serilerinde %21, baryum enema serilerinde %54; Zübaidi A ve ark.³ ÜGİ serilerinde %16.7 (1/6), baryum enema serilerinde %57.1(4/7), Nagorney DM ve ark.⁷ ise ÜGİ serilerinde %19 (4/21), baryum serilerinde %57 (12/24) şeklinde belirmektedirler.

Tablo 1. Eşlik Eden Semptomlar ve Bulgular

Semptom/	1	2	3	4	5	6	7	%
Bulgu								
Ağrı	+	+	+	+	+	+	+	100
Distansiyon	+	-	+	+	-	+	-	57.1
Diare	-	-	-	-	-	-	+	14.2
Anemi	-	+	-	-	-	-	-	14.2
Kusma	+	-	+	+	+	+	-	71.4
Melena	-	+	-	-	-	-	-	14.2
Konstipasyon	+	-	+	+	-	+	-	57.1
Kitle	-	-	-	-	-	-	-	0

Ultrasonografi de intussusepsiyon şüphesi olan olgularda kullanılan noninvaziv olan bir diğer radyolojik yöntemdir. İntussusepsiyonda klasik olarak transvers görünümde “hedef(target)”, longitudinal görünümde ise “yalancı böbrek (pseudokidney)” işareti görülmektedir. USG'nin dezavantajı yapan radyologun tecrübesine bağlı olması ve gaz dolu barsak ansları nedeniyle gölgelenme olmasıdır. Cerro ve ark.¹⁰ ise yaptıkları çalışmada USG'nin noninvaziv olması, kolay ve hızlı uygulanabilmesi, intussusepsiyona neden olan patolojinin yapısı hakkında güvenilir bilgiler vermesi, intussusepsiyonun uzunluğu hakkında bilgi verebilmesi ve gerektiğinde doppler ile vaskülarite hakkında bilgi alınabilmesi gibi avantajları ile intussusepsiyonda güvenle tercih edilebilecek bir yöntem olduğunu belirtmektedir. Prediagnostik tanı oranları incelendiğinde Azar ile Berger çalışmalarında¹ %0 (0/5), Tan ve ark.² çalışmalarında %33 (1/3), Zubaidi ve ark.³ çalışmalarında %50 (1/2), Takeuchi ve ark.⁴ çalışmalarında %75 (3/4) olarak belirtmiştir.

Geçtiğimiz yüzyılın sonlarına doğru özellikle bilgisayarlı tomografi kullanımının yaygınlaşması ile son yıllarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki BT intussusepsiyon tanısında en yararlı radyolojik tanı yöntemidir.^{1-6,8} Patognomonik olmasa da USG'deki “hedef(target)” işareti BT'de de görülebilmektedir. Bu görünümde merkezdeki kitle intussuseptum, dış halkayı oluşturan yapı ise intussusepienstir. Erken dönemde “hedef” işareti obstruksiyon ile ilişkili olarak görülür. Zamanla obstruktif kısmın ve konjesyonun artması ile sıkışan yerdeki anslarda tabakalaşma artar. Sonuçta olaya nekroz eklenmesi ile görünüm şekilsiz bir kitle şeklinde karşımıza çıkar. Abdominal BT'nin diagnostik tanı oranları incelendiğinde Azar ile Berger¹ çalışmalarında %78 (9/12), Tan ve ark.² çalışmalarında %80 (7/9), Zubaidi ve ark.³ çalışmalarında

%17 (1/6), Takeuchi ve ark.⁴ çalışmalarında %100 (4/4), Gayer ve ark.⁵ ise çalışmalarında %100 (16/16) olarak belirtmiştir.

Fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopinin intussusepsiyona bağlı subakut ve kronik kolonik obstruksiyonları değerlendirmede yararlı olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. Endoskopik yöntemle tıkanmaya neden olan patolojik lezyon hakkında ayrıntılı bilgi edinilebilir. Endoskopik biopsi, polipektomi veya endoskopik redüksiyon perforasyon riski nedeniyle önerilmemektedir.^{3,6} Ancak Zubaidi ve ark.³, Begos ve ark.⁶ ve Berkelhammer ve ark.⁹ yaptıkları çalışmalarda seçilmiş birkaç olguda endoskopik redüksiyonu başarıyla uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Anjiyografik ve sintigrafik çalışmaların intussusepsiyonda diagnostik bulguları ortaya konmuştur ancak bu yöntemler yaygın kullanım alanı bulmamışlardır. Çalışmamızdaki 7 hastanın hepsine ilk başvuru anında direkt batın grafisi çekildi ve 5 hastada hava-seviyeleri mevcuttu. Bu 5 hastanın hepsinde de mekanik barsak tıkanıklığı bulguları mevcuttu. 5 hastanın 2'sinde ve mekanik barsak tıkanıklığı bulguları göstermeyen diğer 2 hastada USG ile intussusepsiyon tespit edildi (%57.2). Hiçbir hastada başka radyolojik veya endoskopik yöntem uygulanmadı. 3 hastada perioperatif tanı kondu (%42.8).

Tüm bu veriler ışığında şu söylenebilir ki BT tanıda altın standart yöntemdir ve buna alternatif olabilecek yöntem de USG'dir. Ancak gelişmiş tüm yöntemlere rağmen erişkinlerde intussusepsiyon preoperatif tanıda gözden kaçabilir, atlanabilir veya dikkate alınmayabilir. O yüzden her cerrahın intussusepsiyonun insidansı, tanısı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması gerektiğine inanmaktayız.

İntussusepsiyonlar lokalizasyonlarına göre sınıflandırılmaktadırlar. Sık kullanılan sınıflandırmalarda intussusepsiyon 6 sınıfta incelenmektedir: 1)enterik, 2) ileoçekal, 3)ileokolik, 4)kolokolik, 5)kolorektal, 6)rektorektal. Ancak son yıllarda pre- ve perioperatif tanıda birbirlerinden ayrılmasındaki güçlükler nedeniyle ileoçekal ve ileokolik sınıflar ileoçekokolik olarak adlandırılmıştır ve tek sınıf haline getirilmiştir. Hatta ve hatta sınıflandırılma daha da basitleştirilip intussusepsiyonu enterik ve kolonik olarak inceleyen çalışmalar da mevcuttur.^{1,6}

Enterik intussusepsiyon kolonik tiplere göre daha sık görülmektedir. Tespit edilen intussusepsiyonların da

Tablo 2. 7 Hastanın klinik tablosu

Yaş	Cinsiyet	Preoperatif tanı	Tip	Operasyon	Patoloji	
1	45	K	MBT ADBG,USG	İleoçekokolik	Redks.+ileum rezks.	İnflame fibroid polip
2	44	E	İntuss. ADBG,USG	Enterik	Redks.+jejunum rezks	İnflame fibroid polip
3	24	K	MBT ADBG,USG	İleoçekokolik	Sağ hemikolektomi	İdiopatik (nekroz)
4	82	K	MBT ADBG,USG	Enterik	Redks.+adezyolizis	adezyon
5	43	E	İntuss. ADBG,USG	İleoçekokolik	Redks.+ileum rezks.	idiopatik
6	63	K	İntuss. ADBG,USG	Enterik	İleum rezks.	Benign mezenkimal tm
7	26	E	İntuss. ADBG,USG	İleoçekokolik	Redks.+ileum rezks.	İnfl.fibroid polip

Redks.:redüksiyon, MBT: Mekanik barsak tıkanıklığı, İntuss.: Intussusepsiyon.

Rezks.:rezeksiyon, ADBG: Ayakta direkt batin grafisi, USG: Ultrasonografi.

%70-90'ı patolojik bir lezyona sekonder gelişmektedir. Bu lezyonlar da enterik tiplerde %6-47, kolonik tiplerde ise %33-80 malign kökenlidir.¹⁻¹⁰

İntussusepsiyon konusunda en kapsamlı çalışmalardan birisini 1997 senesinde Begos ve ark.⁶ yapmıştır. Bu çalışmada kendi serilerini de içeren 8 çalışma ortak değerlendirmeye alınmış ve 1048 olguyu içeren verilere ulaşılmıştır. Buna göre erişkinlerde intussusepsiyon %64 enterik, %36 kolonik kaynaklıdır. Enterik intussusepsiyonların %63'ü benign lezyonlara, %14'ü malign lezyonlara bağlıdır ve %23'ü de idiopatikdir. En sık karşılaşılan benign lezyonlar olarak lipoma, leiomyoma, polipler, inflamatuvar lezyonlar, Meckel divertikülü, adezyonlar gösterilmektedir. En sık karşılaşılan malign lezyonların ise metastatik melanoma, metastatik karsinomatöz tümörler, adenokarsinoma, karsinoid tümörler, lenfoma, leiomyosarkoma olduğu belirtilmektedir. Kolonik lezyonların ise %29'u benign lezyonlara, %58'i malign lezyonlara sekonder gelişmekte olup %13'ü idiopatikdir. En sık görülen benign lezyonlar lipoma, leiomyoma, polipler, endometriozis (appendiks), daha önceden yapılmış olan anastomozlardır. Adenokarsinoma, lenfoma, lenfosarkoma, leiomyosarkoma ise en sık görülen malign lezyonlardır. Begos ve ark.'nın⁶ çalışmasında belirttikleri dikkat

çeken bir konuda intussusepsiyonun göz önünde bulundurulması gereken en kötü hasta grubu AIDS'li hastalardır. Çünkü bu hasta grubunda lenfoma, atipik mikobakterial enfeksiyonlar ve farklı inflamatuvar süreçler nedeniyle özellikle ileal kaynaklı enterik intussusepsiyonlar görülebilmektedir.

Biz çalışmamızda karşılaştığımız intussusepsiyon vakalarını enterik, ileoçekokolik ve kolonik olarak sınıflandırmaya çalıştık ve bu şekilde değerlendirdik; tedavi yaklaşımını belirlemede özellikle ileoçekokolik tiplerde bunun daha doğru olduğu kanısındayız. Hastalarımızın 4'ünde ileoçekokolik, 3'ünde enterik yerleşimli intussusepsiyonla karşılaşıldı. Beş hastada intussusepsiyon patolojik bir lezyona sekonder gelişmişti. Tespit edilen lezyonların hiçbirinde malign karakterli lezyon yoktu. İki olguda intussusepsiyon idiopatik nedenlere bağlı idi.

Erişkin intussusepsiyonunun dünya genelinde kabul görmüş cerrahi tedavi yöntemi yoktur. Herkesin hem fikir olduğu nokta yüksek oranlarda patolojik bir lezyona sekonder geliştiği için laparotominin gerekliliğidir. Ancak hangi hastaya redüksiyon+rezeksiyon hangi hastaya en-blok rezeksiyon yapılması konusunda görüş ayrılığı devam etmektedir. Özellikle 2000 yılından önce yapılan çalışmalarda redüksiyon kesin-

likle kabul görmemektedir.¹ Redüksiyona karşı olununun nedenleri olarak ta perforasyon riskinin olması, tümör hücrelerinin intraluminal ekimi, tümör hücrelerinin venöz embolizasyona neden olması ve redükte edilmiş ödemli-inflame barsak anslarında anastomoz kaçığı riski olması gösterilmektedir. Ancak son yıllarda seçilmiş olgularda redüksiyon+rezeksiyon ile gereğinden fazla rezeksiyondan sakınılmış olduğu hatta bazı olgularda gelişebilecek kısa barsak sendromunun önlenildiği belirtilmektedir.^{2-4,6,8}

Özellikle yaklaşımın değiştiği esas lokalizasyon enterik intussusepsiyonlardır. Daha önceleri her zaman en-blok rezeksiyon önerilen enterik intussusepsiyonlarda maligniteye sekonder olgu sayılarının kolonik tipe göre daha düşük olması ve görülen malign lezyonların da büyük kısmının metastatik lezyonlar olması nedeniyle artık seçilmiş olgularda rezeksiyon öncesi redüksiyon önerilmektedir. İskemi, inflamasyon veya malignite bulguları olmayan olgularda yapılan redüksiyon ile rezeksiyon genişliğinin kısaltılması sağlanmış olmaktadır.

Tedavi görüşünün değişmediği lokalizasyon ise yüksek malignite riski nedeniyle kolonik intussusepsiyonlardır. Kolonik intussusepsiyonlarda hemen her zaman en-blok rezeksiyon önerilmektedir. İstisnai bir durum ise kolorektal ve rektorektal intussusepsiyonlardır. Bu olgularda öncelikle endoskopik değerlendirme yapılması, tümörün rektumda nereye kadar ilerlemiş olabileceğinin tespit edilmesi tavsiye edilmektedir. Böylelikle alt rektuma kadar ilerleme göstermeyen olgularda endoskopik veya intraoperatif yapılacak redüksiyon ile hastanın abdominoperineal rezeksiyondan ve dolayısıyla kalıcı kolostomiden korunacağı belirtilmektedir.

Ayrıntı edilmesi güç olan bir konuda sağ kolonda bulunan intussusepsiyonun ileumdan mı, ileçekal valvden mi yoksa kolondan mı kaynaklandığının ortaya konmasıdır. Bu konuda da son yıllarda öne çıkan fikir maligniteyi düşündürmeyen, inflamasyon ve iskemi bulguları olmayan olgularda öncelikle redüksiyonun denenmesi ve gereksiz sağ hemikolektomilerden has-

tanın korunmasıdır.

Begos ve ark.⁶ yaptıkları çalışmada ileçekokolik intussusepsiyonlu bir hastada tanıyı kolonoskopi ile koyduklarını ve endoskopik redüksiyon sonrası intussusepsiyonun ileçekal valvde bulunan bir polipe sekonder geliştiğini tespit ettiklerini ve bu hastayı ardından yaptıkları kolonoskopik polipektomi ile de tedavi ettiklerini belirtmektedir. Böylece endoskopik girişimlerin intussusepsiyon tanısında kullanılabilirliği gibi gerektiğinde seçilmiş olgularda redüksiyon ve hatta tedavi amacıyla da kullanılabilirliğini göstermişlerdir.

Klinik olarak biz de gereğinden uzun rezeksiyonlardan kaçınmak için malignite şüphesi taşımayan, iskemi veya inflamasyon bulgusu olmayan enterik ve hatta ileçekokolik intussusepsiyonlu olgularda rezeksiyon öncesi redüksiyonun denenmesi gerektiğine inanmaktayız. Ancak kolonik formlarda her zaman en-blok rezeksiyon yapılması taraftarıyız. Biz çalışmamıza dahil ettiğimiz enterik intussusepsiyonlardan ikisinde, ileçekokolik intussusepsiyonlardan üçünde intraoperatif redüksiyon ardından rezeksiyon yaptık. Enterik intussusepsiyon olan bir hastada fiksasyon nedeniyle, ileçekokolik intussusepsiyonlu bir hastada ise nekroz sonucu perforasyon riski nedeniyle en-blok rezeksiyon yaptık.

Sonuç olarak, erişkin intussusepsiyon nadir görülen bir patolojidir. Bununla birlikte erişkin barsak tıkanıklıklarının %1-5'ini oluşturması nedeniyle her cerrahın meslek hayatı boyunca birkaç kez karşılaşabileceği bir durumdur. Bu nedenle her cerrahın epidemiyolojisi ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Cerrahi tedavi ister benign nedenlere bağlı olsun ister malign nedenlere bağlı olsun invajine ansın rezeksiyonunu gerektirir. Enterik ve hatta ileçekokolik intussusepsiyonlarda malignite şüphesi yoksa ve barsak canlılığı devam ediyorsa rezeksiyon öncesi redüksiyon denenmelidir. Ancak kolonik form malign doğada lezyon insidansının yüksek olması nedeniyle her zaman daha tedbirli bir yaklaşım gerektirir.

Kaynaklar

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226:134-8.
2. Kok YT, Su-Ming T, Andrew GST, *et al.* Adult intussusception: experience in Singapore. *ANZ J Surg* 2003;72:1044-7.
3. Zubaidi A, Faisal A, Richard S. Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1546-1.
4. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Sekihara M, *et al.* The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol* 2003;36:18-21.
5. Gayer G, Apter S, Hofmann C, *et al.* Intussusception in adults: CT diagnosis. *Clinical Radiology* 1998;53:53-7.
6. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173:88-94.
7. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981;193:230-6.
8. Hass EM, Eter EL, Ellis S, *et al.* Adult intussusception. *Am J Surg* 2003;186:75-6.
9. Berkelhammer C, Caed D, Mesleh G, *et al.* Ileocecal intussusception of small-bowel lymphoma: diagnosis by colonoscopy. *J Clin Gastroenterol* 1997;25:358-61.
10. Cerro P, Macrini L, Porcari P, *et al.* Sonographic diagnosis of intussusception in adult. *Abdom Imaging* 2000;25:45-7.