

# Çekum yerleşimli Burkitt lenfomasına bağlı kronik invajinasyon

Salim BİLİCİ \*, Mehmet GÖKSU \*, Mehmet MELEK \*, Sinan AKBAYRAM \*\*, Veli AVCİ \*

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi\* Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları\*\* Anabilim Dalı, Van

## Özet

İnvajinasyon, çocuklarda intestinal obstrüksiyonun yaygın bir nedenidir. Ender görülen bir kronik invajinasyon vakasını rapor ettik. Altı ay önce başlayan, aralıklı seyreden ve zaman zaman şiddetlenen karın ağrısı, bulantı, kusma ve kilo kaybı yakınmaları ile kliniğimize başvuran hasta invajinasyon ve intestinal kitle (lenfoma?) ön tanıları ile opere edildi. Operasyonda ileoçekokolik invajinasyon ve çekumunda yaklaşık 7x7 cm ölçülerinde kitle tespit edildi. Cerrahi olarak çıkarılan kitle Burkitt lenfoma olarak rapor edildi. Burkitt lenfoma kronik invajinasyon için yaygın bir neden değildir. Hastanın klinik bulguları ve tedavisi ile ilgili ayrıntılar rapor edilerek, bu ender duruma dikkat çekilmesi hedeflendi.

**Anahtar kelimeler:** Kronik invajinasyon, burkitt lenfoma

## Summary

**Chronic intussusception due to caecal Burkitt lymphoma: A case report**

Intussusception is a common cause of intestinal obstruction in children. We have reported a rare case of chronic intussusception. A 3-year old boy with complaints of abdominal pain, vomiting and weight loss persisting for six months was operated with preliminary diagnosis of intussusception and intestinal mass (lymphoma?). During operation, an approximately 7x7 cm mass at the caecum and an ileocaecocolic intussusception were found. The mass which was removed by surgical intervention was histopathologically diagnosed as Burkitt lymphoma Burkitt lymphoma is not a common cause of chronic intussusception. By reporting clinical findings of the patient and his treatment we aimed to attract attention to this rare condition.

**Key words:** Chronic intussusception, burkitt lymphoma

## Giriş

İnvajinasyon, gastrointestinal traktın birbirini takip eden 2 segmentinin iç içe geçmesi olarak tanımlanabilir. Sıklıkla (% 80-90) ileum kolonun içine girer<sup>(3)</sup>. Sıklığı her 1.000 canlı doğumda 1-4 olgu olarak verilir. İnvajinasyon 3 ay -24 ay arasındaki çocuklarda en sık intestinal obstrüksiyon nedenidir<sup>(1,6)</sup>. İnvajinasyonlar oluşum şekline göre idiyopatik, sürükleyici noktalı (lead point), kronik ve postoperatif invajinasyon olmak üzere 4 tipe ayrılır<sup>(1,6,8,10)</sup>. Kronik invajinasyonda olguların çoğunda invajinasyonu tetikleyecek bir anatomik neden vardır. Bu tabloda invajine olan barsak segmentleri spontan açılıp, sonra yine invajine olabilirler. Akut invajinasyondan farklı bir klinik tablo olan kronik invajinasyonda klasik klinik bulgular ve tam bağırsak tıkanıklığının olmaması nedeniyle tanı ve tanıda gecikmeye neden olabilir<sup>(10)</sup>.

**Adres:** Yrd. Doç. Dr. Salim Bilici, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 65200, Van  
**Yayma kabul tarihi:** 20.10.2010

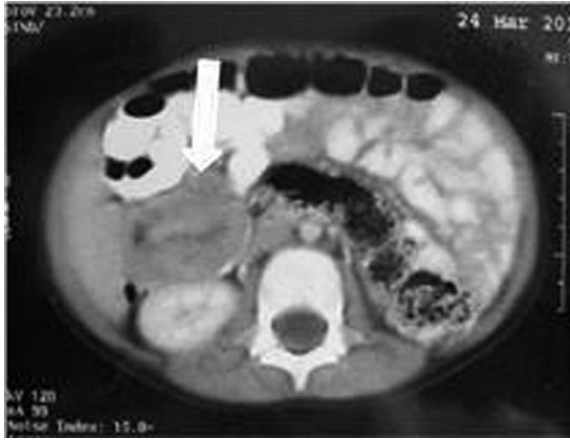
Ender bir tetikleyici neden olarak Burkitt lenfomanın kronik invajinasyonda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için bu yazıda Burkitt lenfomaya bağlı ileoçekokolik invajinasyon oluşmuş bir çocuk olgusu sunulmaktadır.

## Olgu Sunumu

Üç yaşında erkek hasta, altı ay önce başlayan aralıklı seyreden ve zaman zaman şiddetlenen karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile çeşitli sağlık kuruluşlarında tetkik edilmiş, ancak tanı konulamamıştır. Altı ay önce bir sağlık kuruluşunda çekilen batın tomografisinde, sağ böbrek anteriorunda 4x5 cm aksiyel çapında invajinasyon olarak yorumlanabilecek barsak ansı izlenmiştir (Resim 1). Hastanın klinik bulguları invajinasyonla uyumlu olmadığından, takip kararı verilmiştir. Hastanın karın ağrısı yakınmaları devam etmiş ve özellikle kolik niteliği kazanmıştır. İki ay önce aile, ağrı sırasında karnında belirginleşen bir kitle fark etmiştir. On beş gün önce bir sağlık ku-

ruluşunda çekilen batın ultrasonografisinde, batın üst kadranda sol paramedian yerleşimli öncelikle invajine segment olarak yorumlanabilecek hipoeoik kitle lezyon saptanmıştır. Bu bulgu ile hasta kliniğimize gönderilmiştir.

Yatış anındaki öyküsünde, kolik tarzda karın ağrısı, zaman zaman gelişen ishal, kusma ve yakınmalarının başlangıcından beri kilo kaybı mevcut olduğu tespit edildi. Ağrı sırasında epigastrik bölgede ele gelen sert mobil kitle palpe edildi. Rektal muayene bulguları normaldi. Hastanın tetkiklerinde, Hb: 9,2 g/dl, Htc: % 28,8, MCV:62,5 fl, Plt: 886X10<sup>9</sup>/L, WBC: 18.3X10<sup>9</sup>/L idi. Sedimantasyon hızı 25 mm/saat, LDH:526 U/L, ALP:335 U/L idi. Çekilen batın ultrasonografisi invajinasyon lehine rapor edildi. Hastada



**Resim 1.** Operasyondan 6 ay önce çekilen batın tomografisinde sağda invajinasyon lehine yorumlanan barsak kalınlaşması.



**Resim 2.** Operasyondan hemen önce çekilen batın tomografisinde invajinasyon ve tümör lehine yorumlanan barsak kalınlaşması.



**Resim 3.** Operasyonda invajine segment görünümü.

intestinal obstruksiyon bulguları ve rektal kanama gibi invajinasyonu düşündürecek bulgular yoktu. Çekilen batın tomografisinde, çekumda hepatik fleksuraya kadar uzanım gösteren invajinasyonla uyumlu yumuşak doku görünümü ve proksimalinde bağırsak ödemi ve tümör'e ait olabilecek yumuşak doku görünümü saptandı (Resim 2). Hasta yatışının 8. gününde opere edildi. Operasyonda splenik fleksuraya kadar uzanan yaklaşık 30 cm uzunluğunda ileoçekokolik invajinasyon saptandı ve redükte edildi (Resim 3). Redükte edildikten sonra çekumda yaklaşık 7x7 cm ebadında lumene protrüze olmuş, sert ve sınırları düzensiz kitle görüldü. Operasyon anında biyopsi gönderildi. Burkitt lenfoma lehine değerlendirildi. Hastaya sağ hemikolektomi ve ileokolik anastomoz uygulandı. Post-op 5. günde hematoloji kliniğine devredildi.

### Tartışma

Kronik invajinasyon 14 günden daha uzun süren invajinasyon tablosudur ve yaygın olmayan bir durumdur. İki yaşın altındaki tüm invajinasyon olgularının yaklaşık % 5'ini, iki yaşın üzerindeki invajinasyon olguların ise % 10'unu oluşturur<sup>(10,12)</sup>. Kronik invajinasyon, klinik olarak daha az şiddette olması, yineleyen karın ağrısı ve kusma, daha düşük oranda rektal kanama ve daha sık ishal ile akut form invajinasyondan bazı farklılıklar taşır. Kronik invajinasyonda uzun süreli iştahsızlık ve kusma sonucu belirgin kilo kaybı da çarpıcı bir bulgudur<sup>(11,15)</sup>.

Kronik invajinasyon olgularının bu sıra dışı klinik bulgularından dolayı başlangıçta yanlış tanı alabilirler. Daha önce yapılmış bir çalışmada yanlış tanı oranı % 61 olarak bildirilmiştir<sup>(14)</sup>. Bizim olgumuzda da klinik çok ağır seyretmemiş ve tipik invajinasyon bulguları göstermemiştir. Karın ağrısı aralıklı olarak şiddetlenmiş ve kusma atakları olmuştur. Bu durum hastanın geç teşhis edilmesinde temel neden olmuştur.

Akut invajinasyonda belirgin bir etiyolojik faktör yoktur. Ancak, kronik invajinasyon Olgularının çoğunda invajinasyona sebep olan predispozan bir faktör (% 50-75) vardır (intestinal tüberkülozis, meckel divertikülü, primer veya metastatik maligniteler, adezyonlar)<sup>(1,5,6,10)</sup>. Bu nedenlerden biri de lenfomalardır. Navarro ve ark., semptomların uzun süreli olması ve kilo kaybının gastrointestinal lenfoma varlığı için çok önemli iki ipucu olduğunu belirtmiştir<sup>(9)</sup>. Bu semptomlar vakamızda da mevcuttu. Olgumuzda kilo kaybının nedenleri olarak iştahsızlık ve aşırı kusma düşünüldü. Lenfomaya bağlı olarak da kilo kaybı düşünülebilir. Ancak, hastamızda katabolik bir süreç olan ve B semptomları olarak tanımlanan semptomlardan ateş ve terleme yakınması olmadığı için kilo kaybını da B semptomu olarak düşünmedik.

Burkitt lenfoma, agresif, oldukça malign ve hızlı büyüyen B-hücreli bir malignitedir. Sekizinci kromozomda lokalize c-myc onkogenin translokasyonu neticesinde oluşur. Abdominal kitlelere neden olan non-endemik formu daha sıklıkla terminal ileum ve çekum bölgesini tutar. Burkitt lenfomaya bağlı invajinasyon enderdir<sup>(4)</sup>. Çocuklarda gastrointestinal Burkitt lenfoma en sık 5-15 yaşları arasında görülür<sup>(2)</sup>. Burkitt lenfoma sıklıkla abdominal ağrı, bulantı ve bağırsak lümeninin direkt basısı veya invajinasyon sonucu intestinal obstrüksiyon bulguları ile kendini gösterir<sup>(13)</sup>.

Kronik invajinasyon olgularında eşlik edebilecek malignensi veya diğer predispozan faktörlerin bulunması olası olduğundan operatif redüksiyon uygun olan tedavi yaklaşımıdır<sup>(12)</sup>. Gastrointestinal Burkitt lenfomada cerrahinin rolü tartışmalıdır. Çünkü Burkitt lenfoma başlangıç kombinasyon tedavisine çok hızlı ve dramatik bir yanıt verir ve uzun süreli remisyonlar sağlanabilmektedir<sup>(16,17)</sup>. Ancak, Burkitt lenfomanın tedavisinde teşhisi doğrulamak ve var olan intestinal

obstrüksiyon, abdominal kitle, invajinasyon ve akut batın gibi semptomları gidermek için cerrahi gereklidir. Tam rezeksiyonlar daha uzun süreli yaşamda kalma ile ilişkilidir. Bazı çalışmalar kapsamlı cerrahi rezeksiyonların kısmi rezeksiyonlara göre 2 ve 5 yıllık değerlendirmede daha yüksek oranda yaşamda kalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (sırasıyla % 58-% 89 ve % 40-% 45)<sup>(7)</sup>. Olgumuzda hastalık tablosunun uzun süredir var olması ve radyolojik olarak öncelikle invajinasyon düşünüldüğü için ön planda cerrahi düşünüldü. Cerrahi işlem olarak sağ hemikolektomi ve ileokolik anastomoz uygulandı.

Sonuç olarak, belirgin kilo kaybı, yineleyen karın ağrısı ve kusma yakınmalarının olması ve bu yineleyen iki haftadan uzun süreli olması kronik invajinasyonu akla getirmelidir. Ender bir neden olsa da bu klinik durumun altında yatan nedenler için Burkitt lenfoma da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

#### Kaynaklar

1. Beasley SW, Hutson JM, Auld AW. Essential Paediatric Surgery. 1 st edition. London: Arnold, 1996, p.45-51
2. Bethel CA, Bhattacharyya N, Hutchinson C: Alimentary tract malignancies in children. J Pediatr Surg 32:1004-1009, 1997
3. Chandra N, Campbell S, Gibson M, et al: Intussusception caused by a heterotopic pancreas. Case report and literature review. JOP 10;5(6):476-9, 2004
4. Cossaro M, Noce L, Bonutti A et al: An abdominal Burkitt's lymphoma in acute phase. Case report. Minerva Pediatr 58:311-318, 2006
5. Gupta M, Goyal S, Goyal R. Chronic intussusception due to ileocaecal tuberculosis in a young adult with severe anemia: Case report with literature review. North American Journal of Medical Sciences 2:430-432, 2010
6. Hamby LG, Fowler CL, Pokony WJ. Intussusception. In Donnellan WL(Ed). Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. 2nd edition. Luxembourg: Harwood academic publishers, 2001. p.42/1-42/19
7. Kemeny MM, Magrath IT and Brennan MF: The role of surgery in the management of American Burkitt's lymphoma and its treatment. Ann Surg 196:82-86, 1982
8. Kılıç N, Kırıštoğlu I, Kırkpınar A et al: A very rare cause of intestinal atresia: intrauterine intussusception due to Meckel's diverticulum. Acta Paediatr 92:756-57, 2003
9. Navarro O, Dugougeat F, Kornecki A, et al: The impact of imaging in the management of intussusception owing to pathologic lead points in children. A review of 43 cases. Pediatr Radiol 30:594-603, 2000
10. Page AC, Price JF, Salisbury JR, et al: Chronic intussusception. Arch Dis Child 65:134-135, 1990
11. Rees BI, Lari J: Chronic intussusception in children. Br J Surg 63:33-35, 1976
12. Reijnen JA, Festen C, Joosten HJ: Chronic intussusception in children. Br J Surg 76:815-816, 1989

13. Sandlund JT, Downing JR, Crist WM: Non-Hodgkin's lymphoma in childhood. *N Engl J Med* 334:1238-1248, 1996
14. Shekhawat NS, Prabhakar G, Sin DD, et al: Nonischemic intussusception in childhood. *J Pediatr Surg* 27:1433-1435, 1992
15. Watson NA, Bisset RA: Case report: intussusception

- a cause of chronic abdominal symptoms and weight loss. *Clin Radiol* 49:723-726, 1994
16. Ziegler JL. Treatment results of 54 American patients with Burkitt's lymphoma are similar to the African experience. *N Engl J Med* 297:75-80, 1977
17. Ziegler JL: Burkitt's lymphoma. *N Engl J Med* 305:735-745, 1981