

# Çocuklarda kronik invajinasyon: Dört olgu sunumu

Vedat BAKAN, Burhan KÖSEOĞLU, Önder ÖNEM, Salim BİLİCİ, İsmail DEMİRTAŞ,

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

## Özet

İnvajinasyon çocuklarda barsak tıkanıklığının sık nedenlerinden biridir. Akut invajinasyonda, hastaların çoğunda klasik semptom ve bulguların varlığıyla doğru tanı konur. Kronik invajinasyon da ise atipik klinik prezentasyon ve kronik semptomlar nedeniyle tanıda gecikme olabilir. Bu makalede dört kronik invajinasyon olgusu sunulmuştur. Hastaların hiç birinde başlatıcı nokta bulunamazken, tümünde mobil kolon saptanmıştır. Kronik invajinasyon olgularında tipik olmayan klinik ortaya çıkış ve tanısız gecikme vurgulanmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Karın ağrısı, kronik hastalık, invajinasyon, çocuk

## Summary

**Chronic intussusception in childhood: Report of four cases**

Intussusception is a frequent cause of bowel obstruction in infants and toddlers. Correct diagnosis in majority of the patient with acute intussusception is made by typical presentation and symptoms. However, atypical presentation and chronic symptoms may cause delay in diagnosis of chronic intussusception. Four cases of chronic intussusception are reported. There was no leading point in patients and they had mobile colon or poor fixation of colon. Atypical presentation and diagnostic delay in chronic intussusception are argued.

**Key words:** Abdominal pain, chronic disease, intussusception, child

## Giriş

İnvajinasyon çocuklarda barsak tıkanıklığının sık nedenlerinden biridir ve çoğunlukla da klasik olan kolik tarzında karın ağrısı, rektal kanama ve fizik muayenede batında kitlenin saptanması ile tanısı kolaylıkla konulabilir (5,7). Akut invajinasyondan farklı bir klinik tablo olan kronik ya da noniskemik invajinasyonda ise sıra dışı klinik bulguların varlığı ve tam barsak tıkanıklığının olmaması nedenleriyle yanlış tanı veya tanıda gecikme olabilir (1,4-8).

1995-2001 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde 57 invajinasyonlu hasta tedavi edilmiştir. Bu hastaların dördü kronik invajinasyon (Kİ) saptanan olgulardır.

## Olgu Sunumu

**Olgu 1:** On aylık kız çocuk, 4 aydan beri ailesi tarafından fark edilen sağ alt kadranda kitleye ek olarak

son on gündür günde bir-iki kez kusma olması nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünde dört ay önce kanlı ishal geçirdiği başka bir hastanede bir hafta tedavi edildiği ve taburcu edildikten sonra da annenin sağ alt kadranda kitleyi fark ettiği öğrenildi. Hastanın dışkılama alışkanlığı normaldi.

Başvuru anındaki fizik muayenesinde batın hafif derecede distandü, sağ alt kadranda fikse olmayan yaklaşık 5x5 cm'lik solid kitle vardı. Rektal muayenede kitle ele gelmiyordu. Laboratuvar muayenesinde lökosit sayısı 20300/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 9.7 g/dl idi. Daha önce yapılan batın ultrasonografi incelemesi sonucunda intraabdominal kitle saptanmıştı. Malignite yönünden araştırılan ve abdominal tomografi çekilmesi planlanan hastada kliniğe yatışının ikinci gününde barsak tıkanıklığı bulguları gelişti. Tekrarlanan rektal muayenede 5. cm'de kitle saptanması üzerine invajinasyon tanısı ile hasta acil ameliyata alındı.

Laparotomi ile sigmoid kolon distaline kadar uzanan ileo-kolik ve kolo-kolik invajinasyon olduğu anlaşıldı. Çekum ileri derecede mobildi, ve kolonun

**Adres:** Dr. Vedat Bakan, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 65300, Van  
**Yayına kabul tarihi:** 15.10.2001

karın duvarı, hepatik ve splenik fleksura hizasında fiksasyonu yoktu, sigmoid kolon mezosu uzundu. İnvajinasyon hepatik fleksuraya kadar kolayca redükte oldu. Hepatik fleksuradan sonraki kısmında ise redüksiyon mümkün olmadığından, sağ hemikolektomi ve ileo-kolik anastomoz yapıldı. Çıkarılan barsak kısmının incelenmesinde 10 cm'lik ileum ve çekum ile çıkan kolonda ödem ve beslenme bozukluğu vardı. Dokunun histopatolojik incelemesinde inflamasyon ve iskemi bulguları ve yer yer nekroz alanları gözlemlendi. İnvajinasyon için herhangi bir başlatıcı nokta saptanmadı. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi. Beş aylık izlemi normaldi.

**Olgu 2:** Beş aylık erkek çocuk, üç hafta önce geçirilen gastroenterit öyküsü, on gündür de günde bir-iki kez kusma ve zaman zaman ağlayarak uykudan uyanma öyküsü ile acil pediatri bölümünde izleme alınmış. Başvurusunun 3. gününde barsak tıkanıklığı bulguları gelişmesi üzerine konsülte edilen hasta yakınları rektal kanama ya da kanlı dışkılama tanımlamıyordu.

Fizik muayenede batında distansiyonu vardı, ancak kitle saptanmadı, rektal muayenesi normaldi. Lökosit sayısı  $28700/mm^3$ , hemoglobin 7.8 g/dl bulundu. Batın ultrasonografi incelemesinde invajinasyon düşünülmesi üzerine hastaya baryumlu kolon grafisi çekildi ve bu işlem esnasında redükte olan ileo-çekal invajinasyon saptandı. Redüksiyondan üç gün sonra hastada nazogastrik drenajın artması ve tekrar barsak tıkanıklığı bulgularının ortaya çıkması üzerine laparotomi yapıldı. İki farklı yerde ileo-ileal ve jejeno-jejunal invajinasyon vardı ve kolayca redükte oldu. Çekum ve çıkan kolon mobildi, sigmoid kolon mezosu da uzundu. Hasta postoperatif 6. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Olgu 3:** Altı yaşında erkek çocuk, bir hafta önce bir kez kanlı dışkılama, son iki gündür kusma, karnında şişlik ve gaita çıkaramama yakınmaları ile yatırıldı. Hastanın öyküsünde yaklaşık iki aydır iştahsızlık, kilo kaybı, zaman zaman karın ağrısı ve kusmaları olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; batında hafif derecede distansiyon vardı ve rektal muayene ile az miktarda kanlı gaita çıkardı. Lökosit sayısı  $11800/mm^3$  idi. Daha önce yapılan batın ultrasonografi incelemesi normal olarak değerlendirilmişti. Rektal kanama etyolojisi açısından araştırılan hastada ya-

tısından 12 saat sonra barsak tıkanıklığı bulguları geriledi, hasta gaita çıkardı ve oral beslenmeye başlandı. Ancak zaman zaman karın ağrıları olan hastada, yatışının beşinci gününde göbek üstünde mobil 10x7 cm'lik kitle saptandı ve takiben iki kez de kanlı dışkılaması oldu. Tekrarlanan ultrasonografi incelemesinde invajinasyona uyan görünüm saptanan hastaya baryumlu kolon grafisi çekilerek inen kolon proksimalinde redükte olmayan invajinasyon varlığı doğrulandı. Laparotomi yapılarak inen kolona kadar uzanan invajine segment kolayca redükte edildi. İnvajine segmentin beslenmesi normaldi, sağ kolon mobildi. İnvajinasyon için başlatıcı bir sebep saptanamadı.

**Olgu 4:** On üç aylık erkek çocuk, iki aydan beri ailesi tarafından fark edilen sağ alt kadranda kitle, on gün önce bir kez kanlı dışkılama, son 6-7 gündür huzursuzluk ağlama ve zaman zaman da karında şişlik yakınmaları ile başvurdu. Daha önce yapılan batının ultrasonografik incelemesinde intestinal kitle olarak yorumlanan bir görünüm saptandı. Hastanın dışkılama alışkanlığı normaldi ve barsak tıkanıklığı bulguları yoktu.

Başvuradaki fizik muayenesinde karında hafif derecede distansiyon, sağ alt kadranda fikse olmayan yaklaşık 5x5 cm'lik solid kitle vardı. Rektal muayenede kitle ele gelmiyordu. Laboratuvar muayenesinde lökosit sayısı  $15300/mm^3$ , hemoglobin 8.5 g/dl, ayakta direkt batın grafisi normal bulundu. Malignite yönünden araştırılan hastada alt solunum yolu enfeksiyonu gelişti. Fizik muayene ile takip edilen kitlenin zaman zaman palpe edilemediği fark edildi. Hastanın oral almasına izin verildi. İki hafta pnömoni tedavisi alan hastada yatışının 13. gününde barsak tıkanıklığı bulguları gelişmesi üzerine tekrarlanan batın ultrasonografi incelemesinde invajinasyonla uyumlu görünüm saptandı. Hasta ameliyata alındı ve transvers kolona kadar uzanan ileo-kolik invajinasyon saptandı. Çekum mobil ve çekumla çıkan kolon dilate idi. Redüksiyon kolayca yapıldı ve invajine segmentin beslenmesinin iyi olduğu gözlemlendi. Hasta bir hafta sonra taburcu edildi. Altı aylık takibi normaldi.

## Tartışma

Kİ klinik ortaya çıkış ve semptomların kronik

olması nedenleriyle akut invajinasyondan ayrı bir klinik tablo olup yeterince tanımlanmamıştır (3,5-7). Tanı anında 14 günden daha uzun bir süre öyküsü olan invajinasyon olguları kronik ya da noniskemik invajinasyon olarak tanımlanır (3-7). İştahsızlık, abdominal kitle, karın ağrısı, genellikle iki haftayı aşan öykü, kilo kaybı, tam olmayan barsak tıkanıklığı sık görülen semptom ve bulgulardır (3-7). Abdominal kitle, rektal kanama, karın ağrısı ve kusma akut invajinasyona göre Kİ'de daha az görülür (4,5,7). Bu grup invajinasyonda gastroenterit sıklığının yüksekliği ve kilo kaybı dikkat çeken iki özelliğidir (3-5,7,8) Rees ve Lari (5) bildirdikleri üç Kİ olgusundan birisinin hastaneye yatış nedeninin malabsorpsiyon diğer ikisinin ise kusma ve kilo kaybı olduğunu rapor etmişlerdir. Olgularımızın ikisinde aralıklı ve kronik kusma öyküsü, diğer iki olguda ise gastroenterit öyküsü vardı. Üç olgumuzda ise (1., 3. ve 4. olgular) aile tarafından bildirilen zayıflama öyküsü olmasına rağmen, önceki kiloları bilinmediğinden objektif olarak değerlendirme yapılamamıştır. Kİ sıklığı iki farklı seride % 13.5 (7) ve % 6.5 (5) olarak bildirilmiştir. Bizim serimizde bu oran % 7'dir. Shekhawat ve ark. (7) 39 hastalık serilerinde, hastaların % 61'inin 1-5 yaş arasında olduğunu bildirmişlerdir. Gastroenterit sonrası mezenter lenfadenite bağlı Kİ bildirilmiş olmasına karşın (1), biz bu hastalarda mezenter lenfadenit saptamadık.

Kİ olguları sıra dışı klinik bulgulardan dolayı başlangıçta yanlış tanı alabilirler. Shekhawat ve ark. (7) yanlış tanı oranını % 61 olarak rapor etmişlerdir. Tanı için tam barsak tıkanıklığı gerekli değildir (1,5,7,8). Kİ tanısının erken konabilmesi, tipik olmayan klinik bulgularla başvuran olgularda, bu tanıdan şüphelenilmesiyle mümkündür.

Bu grup hastaların başka bir özelliğe de yakınma ve bulguların süresinin uzun olmasıdır. Bu süre haftalar ya da aylar olabilir (1,3-8). Semptomların süresi ne kadar uzunsa prognoz da o kadar iyidir (7).

Erişkinlerde invajinasyon çoğu zaman tümör gibi bir predispozan faktörle birlikte. Çocuklarda invajinasyon için Meckel divertikülü, polip, mezenter lenfadenit, tümör gibi bir başlatıcı nedenin bulunması olası ise de, çoğunlukla idiyopattir (1,5). İlginç olanı bizim olgularımızın hiçbirinde invaji-

nasyon için başlatıcı bir neden bulunamaması ve dört hastanın hepsinde mobil kolon varlığıydı. Kliniğimizde invajinasyon nedeniyle tedavi edilen tüm hastalar dikkate alındığında, mobil çekum ya da kolon saptanan olgu sayısı dokuzdur (% 16). Jona (2) kolonun kötü fiksasyonu, mobil çekum veya kolonun, invajinasyon için hazırlayıcı faktör olabileceğine dikkat çekerek üç aylık bir infansta kolonun total olarak mobil olduğu akut kolo-kolik invajinasyon olgusu bildirmiş ve "başlatıcı nokta" saptayamamıştır.

Kİ'de barsak katlarındaki yapışıklıklar nedeni ile hidrostatik redüksiyon başarılı olmayabilir (6). Reijnen ve ark. (6) yayınladıkları 9 olgudan 4'üne hidrostatik redüksiyon denemişler ve hiçbirinde başarılı olamamışlardır. Sunduğumuz dört olgunun birinde hidrostatik redüksiyon başarısız olurken bir diğerinde ise kısmi redüksiyon sağlamış ve üç gün sonra hasta opere edilmiştir. Kİ olgularında eşlik edebilecek malignensi veya diğer predispozan faktörlerin bulunması olası olduğundan operatif redüksiyon uygun olan tedavi yöntemidir (4,6,7). Barsak duvarında beslenme bozukluğu olmayan olgularda el ile redüksiyon yeterlidir (7). Olgularımızın üçünde el ile redüksiyon başarılı olurken, beslenme bozukluğu olan bir olguda rezeksiyon-anastomoz yapılması gerekmiştir.

Sonuç olarak, kronik invajinasyonun erken tanısı ve morbidite ve mortalitesinin düşürülmesi, bu tanı ihtimalinin akılda tutularak erken ultrasonografik inceleme veya baryumlu kolon grafisi çekilmesi ile olanaklıdır.

## Kaynaklar

1. Hervas JA, Alberti P, Bregante JI, et al: Chronic intussusception associated with Yersinia enterocolitica mesenteric adenitis. J Pediatr Surg 27:12, 1992
2. Jona JZ: Idiopathic colo-colic intussusception. J Pediatr Surg 21:5, 1986
3. Onwuanyi O, Evbuomwan I, Biu A: Chronic non-strangulating incompletely obstructing intussusception: with case report of a seven and a half year old Nigerian boy. Central African Journal Of Medicine 39:2, 1993
4. Page AC, Price JF, Salisbury JR, et al: Chronic intussusception. Arch Dis Child 65:1, 1990
5. Rees BI, Lari J: Chronic intussusception in children. Br J Surg 63:1, 1976
6. Reijnen JA, Festen C, Joosten HJ: Chronic intussusception in children. Br J Surg 76:81, 1989

7. Shekhawat NS, Prabhakar G, Sinha DD, et al: Nonischemic intussusception in childhood. J Pediatr Surg 27:11, 1992

8. Watson NA, Bisset RA: Case report: intussusception-a cause of chronic abdominal symptoms and weight loss. Clin Radiol 49:10, 1994

## **HYPOS' 02 WORKSHOP J.W. Duckett Anısına**

**8-9 Nisan 2002  
İSTANBUL**

### **Düzenleyen**

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı  
Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği, Çocuk Ürolojisi Derneği  
ve  
İstanbul Üniversitesi Rektörlüğünün Destekleriyle

### **Davetli Konuşmacılar**

H.M. Snyder - W. Snodgrass - L. Baskin - D.C.S. Gough

### **Ön Program**

7 Nisan 2002 Pazar	Açılış kokteyli	
8 Nisan 2002 Pazartesi	08.30-13.30	Ameliyathaneden canlı yayın
	13.30-15.00	Öğle yemeği
	15.00-18.00	Bilimsel oturum 1-2
	20.00	Özel Akşam Yemeği
9 Nisan 2002 Salı	08.30-13.30	Ameliyathaneden canlı yayın
	13.30-15.00	Öğle yemeği
	15.00-18.00	Bilimsel oturum 3-4
	18.00-18.30	Kapanış oturumu
	20.00-23.00	Akşam yemeği ve ödülleri

### **Başvuru**

Prof. Dr. Yunus

Söylet,

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,  
Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, 34301 PK.37 Cerrahpaşa-İstanbul

**Tel:** 0212-632 00 41/233 12 18 **Faks:** 0212-234 03 19

e-mail: ysoylet@superonline.com / cbuyukunal@turk.net