

Kolorektal kansere sekonder gelişen kolokolik invajinasyon

Ebubekir Gündeş, Ahmet Tekin, Murat Çakır, Tefik Küçükkartallar

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Altmış beş yaşında yetişkin bir hastada kolorektal kansere bağlı invajinasyon gelişimi oldukça nadirdir. Bu yazının amacı, invajinasyonun yetişkinlerdeki insidansını bildirmek, değişken bulguları ve malign hastalıklarla yüksek birlikteliği hakkında bilgi vermek ve tedavi yöntemleri hakkında önerilerde bulunmaktır. Hasta; kilo kaybı, bulantı, kusma, hafif sol taraflı karın ağrısı ve rektal kanama yakınmaları ile acil serviste görüldü. Karın muayenesinde; minimal distansiyon, sol alt kadranda hassasiyet ve kitle saptandı. Digital rektal muayenede rektum boş olup hematokezya mevcuttu. Ayakta direkt batin grafisinde hava-sıvı seviyesi mevcuttu. Batin tomografisinde karın sol tarafta kolokolik invajinasyon saptandı. Hastaya anterior rezeksiyon işlemi uygulandı. Patolojik tanı kötü differansiye stage 2 adenokarsinom olarak raporlandı. Bu vaka karın ağrısı ve rektal kanama şikâyeti olan yetişkin hastalarda ayırıcı tanıda kolorektal kansere bağlı invajinasyonun olabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: İnvajinasyon, sigmoid kolon, kolokolik invajinasyon

Colocolic invagination formed secondarily to colorectal cancer

The case of a 65-year-old adult patient with intussusception formation related to colorectal cancer is very rare. The aim of this article is to report; the incidence of intussusception in adults, to offer information on variant symptoms and high co-existence with malign diseases, and to suggest treatment methods. The patient presented to the emergency department with complaints of weight loss, nausea, vomiting, mild abdominal pain on the left and rectal bleeding. The abdominal examination of the patient revealed minimal distension, sensitivity in the lower left quadrant and a mass. Digital rectal examination showed that the rectum was empty and there was hematochezia. The patient's standing direct abdominal graphy revealed air-fluid level. Abdominal tomography showed colocolic intussusception on the left side of the abdomen. Anterior resection was performed on the patient. The pathological diagnosis was reported to be poorly differentiated Stage 2 adenocarcinoma. This case demonstrates that there might be intussusception related to colorectal cancer in the differential diagnosis of patients presenting with complaints of abdominal pain and rectal bleeding.

Key words: Invagination, sigmoid colon, colocolic invagination

Giriş

Yetişkinlerde intusepsiyon çok nadir bir durum olup tüm vakaların ancak %5'ini oluşturur (1). Çocuklarda barsak tıkanmalarının en sık sebeplerinden biri olan invajinasyon genellikle idiyopatikdir (2). Hastalığa özgü bulgularının olmaması ve şikayetlerin değişken olması nedeniyle preoperatif dönemde tanısının konması oldukça zordur (3,4).

İnvajinasyon genellikle ödematöz veya hipertrofiye olmuş

ve genişlemiş peyer plaklarından kaynaklanmaktadır. Benign sebepler adenomatöz polip ve lipomlardan meckel divertikülü gibi yapısal bozukluklara kadar çeşitli sebepler olabilmektedir. Malign sebepler arasında adenokarsinoma, lenfoma ve metastatik hadiseler yer almaktadır. Yetişkin invajinasyonlarının tümör kaynaklı olanlarında özellikle kalın barsak lokalizasyonunda %84 den fazlasını adenokarsinom oluşturmaktadır (1-3). Bu çalışmada büyük yük malign bir polibin neden olduğu erişkin invajinasyon vakası literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

Olgu

Altmış beş yaşında erkek hasta, bir haftadır aralıklı karın ağrısı ve makattan kırmızı renkli kanama yakınmaları ile acil serviste görüldü. Yapılan fizik muayenesinde; genel durumu ortaydı. Karın muayenesinde, minimal distansi-

Yazışma Adresi:

Ebubekir Gündeş
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Konya

E-posta: ebubekir82@hotmail.com

yon, sol alt kadranda hassasiyet ve kitle saptandı. Rektal tuşede rektum boş olup hematokezya mevcuttu. Ateşi, 36,3 °C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde: CRP: 25 mg/L, beyaz küre: 14200 /mm³ ve hemoglobin:10,8 g/dL olup biyokimyasal değerler ise normaldi. Ayakta düz karın grafisinde, hava-sıvı seviyeleri vardı. Hastaya yapılan batın tomografisinde; invajinasyona ait olabilecek hedef işareti izlendi (Şekil 1).

Hastaya sıvı-elektrolit replasmanı yapılarak operasyona alındı. Operasyonda, göbek üstü altı median insizyonla batına girildi. Yapılan eksplorasyonda batın içerisinde asit yoktu. Eksplorasyona devam edildiğinde sigmoid kolona uyan alanda kolo-kolik invajinasyon saptandı (Şekil 2). Palpasyonda invajinasyona büyük bir kitlenin sebep olduğu saptanması üzerine manuel redüksiyon denenmedi. Anterior rezeksiyon işlemi uygulandı (Şekil 3). Piyes açıldığında invajinasyona 8x5 cm boyutlarında dev polipoid bir kitlenin sebep olduğu görüldü (Şekil 4). Patolojik ince-

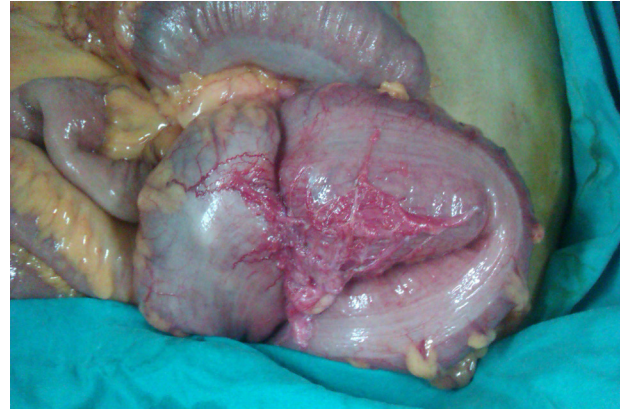


Şekil 1: İnvajinasyonun BT görüntüsü

leme sonucunda, kötü differansiye stage 2 adenokarsinom olarak saptandı.

Tartışma

İntestinal invajinasyonlar yetişkinlerde nadir olup sıklıkla çocuklarda ve özellikle de 2 yaş altında görülür (5). İnvajinasyon olgularının %95'i çocuk, %5'i erişkindir (1). Anatomik olarak invajinasyon'un sabitlenme yerine göre (ileokolik, kolo-kolik, enteroenteral, jejunogastrik), intussusceptum'un yönüne göre (antegrade, retrograde), etiyolojik nedene göre (tümör ile ilişkili, cerrahi sonrası, çeşitli nedenler ya da idiyopatik) olmak üzere birçok invajinasyon sınıflaması tanımlanmıştır (1-3). İnvajinasyon etyopatogenezi henüz tam olarak bilinmemektedir, ancak intestinal sistem lümenindeki bir iritan veya duvardaki bir lezyonun barsak peristaltizmini arttırarak invajinasyona neden olduğu düşünülmektedir (2). Etiyolojide rol alan faktörler göz önüne alındığında çocukluk çağında %90 olgu idiyopatik iken erişkinlerde bu oran %10'dur. Eriş-



Şekil 2: Operasyonda sigmoid kolona uyan alanda kolo-kolik invajinasyonun görünümü



Şekil 3: Anterior rezeksiyon sonrası çıkarılan piyesin görünümü



Şekil 4: Piyes açıldığında invajinasyona neden olan dev polipoid kitlenin görünümü

kinde invajinasyon %55 ince barsak, %45 kalın barsakta meydana gelmektedir. İnce barsak invajinasyonlarında neden genellikle lipoma, leiomyoma, hemanjiom, nörofibroma, adezyonlar, meckel divertikülü, lenfoid hiperplazi, travma, Çöliak hastalığı, Henoch-Schonlein purpurası gibi benign lezyonlardır. İnce bağırsakta invajinasyona yol açan patolojiler genelde benign iken, kalın bağırsak patolojileri bizim olgumuzda olduğu gibi genellikle maligndir (6,7). Diğer en sık görülen invajinasyon nedenleri meckel divertikülü, inflamatuvar barsak hastalıkları, lenfoma, karsinoid tümör ve postoperatif invajinasyonlardır (8,9).

Erişkinlerde intestinal invajinasyonlar her iki cinsiyette benzer oranlarda ve sıklıkla 6. ile 7. dekatlar arasında görülür (8). Olgumuz erkek olup 65 yaşında idi.

Yetişkinlerde görülen invajinasyon vakalarının sadece % 2'sinden azında pediatrik hastalarda görülen kusma, rektal kanama ve karın ağrısından oluşan klasik triad görülmektedir (5). Çoğu çalışmada en sık bulgu karın ağrısı ve buna eşlik eden bulantı, kusma ve konstipasyondur. Bu ağrı sıklıkla subakut ya da kroniktir ve bir yıl ya da sonrasında obstrüktif semptomlar gelişmektedir. 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 (1,2). Olgumuzda operasyon esnasında ince barsak ve kolon anslarının dilate olduğu ancak obstrüksiyona sekonder perforasyon olmadığı görüldü. Mevcut olan tümöral kitle kolon tam obstrüksiyona yol açmamış olup invajinasyon sonrası obstrüksiyon geliştiği düşünüldü.

İnvajinasyonu preoperatif dönemde tespit etmek oldukça zordur. Çünkü hastalar genellikle hastalığa özgü olmayan ileus bulguları ile müracaat etmektedir. Tanı için preoperatif dönemde ultrasonografi oldukça faydalıdır. Ultrasonografik inceleme esnasında target lezyon veya yalancı böbrek görünümünün olması invajinasyon lehinedir (9,10). Yapılan çalışmalar ultrasonografiye ek olarak preoperatif dönemde yapılan BT'lerin vakaların %80'inde başarılı sonuçlar verdiğini göstermiştir (8,10). Hastamızda da BT'de invajinasyonu düşündürecek hedef işareti rapor edildi. Hastamız invajinasyon ön tanısıyla ameliyata alındı, operasyonda invajinasyona sigmoid kolondaki tümöral bir kitlenin sebep olduğu görüldü.

İnvajinasyonlarda yetişkinlerde önerilen tedavi kalın bar-

sakta olanlarda malign nedenler olabileceği için segmental barsak rezeksiyonudur. Literatürlerde belirtildiği gibi biz de olgumuza segmenter kolon rezeksiyonu uyguladık. İnce barsak invajinasyonlarında malign lezyon oranı daha düşüktür ve tedavi yaklaşımı benzerdir (6). Rezeksiyondan önce redüksiyon denenmelidir. Bu işlem geniş barsak rezeksiyonunu ve kısa barsak sendromunu önleyecektir.

Sonuç olarak erişkinde invajinasyon; çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesine karşın, geniş bir etiyolojik yelpazesi ve değişken klinik tablosu olduğundan, özellikle akut karın tablosuyla karşılaşan her hekim ayırıcı tanıda invajinasyon tanısını da göz önünde bulundurmalıdır. Yetişkinlerde invajinasyon düşünüldüğünde bunun habisi bir tümöre bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle operasyonda yapılacak rezeksiyonun onkolojik prensiple uygun yapılması önerilir.

Kaynaklar

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997;226:134-8.
2. Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, et al. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. Int J Colorectal Dis 2005;20:452-6.
3. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. World J Gastroenterol 2009;15:407-11.
4. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. Radiographics 2006;26:733-44.
5. Bail JP, Holderbach LJ, Robaszkievicz M, et al. Primary colonic intussusception protruding from the anus in adults. Two cases. Ann Chir 1992;46:346-51.
6. Young DG. Intussusception. In: O'Neil JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors: Pediatric Surgery. 5th. ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1998. p: 1185- 98.
7. Toso C, Erne M, Lenzlinger PM, et al. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. Swiss Med Wkly 2005;135:87-90.
8. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;173:88-94.
9. Sofia S, Casali A, Bolondi L. Sonographic diagnosis of adult intussusception. Abdom Imaging 2001;26:483-6.
10. Harlak A, Öztürk G, Altınel Ö, Menteş Ö, Özer T, Demirbaş S, ve ark. Erişkinlerde görülen intestinal invajinasyonların klinik seyri. Eurasian J Med 2007;39:37- 40.