

İnvajinasyonlar

İbrahim AYDIN*
Nusret KORUN**
Aksel ŞENGÖNÜL***
İsmet TAŞDELEN****
Onat ARINÇ*****

ÖZET

İnvajinasyon daha çok çocuklarda görülen ve mekanik barsak tıkanıklığına yol açan bir hastalıktır. Bu yazıda kliniğimizde Ocak 1978-Aralık 1982 tarihleri arasında başvuran ve ameliyat edilen 39 invajinasyon olgusu gözden geçirilmiş ve literatürle karşılaştırılmıştır.

SUMMARY

Intussusceptions

Intussusception is a disease which is especially seen in children causing mechanical intestinal obstruction. In this paper 39 cases of intussusception who were admitted and operated between January 1978-December 1982, are reviewed and compared with the literature.

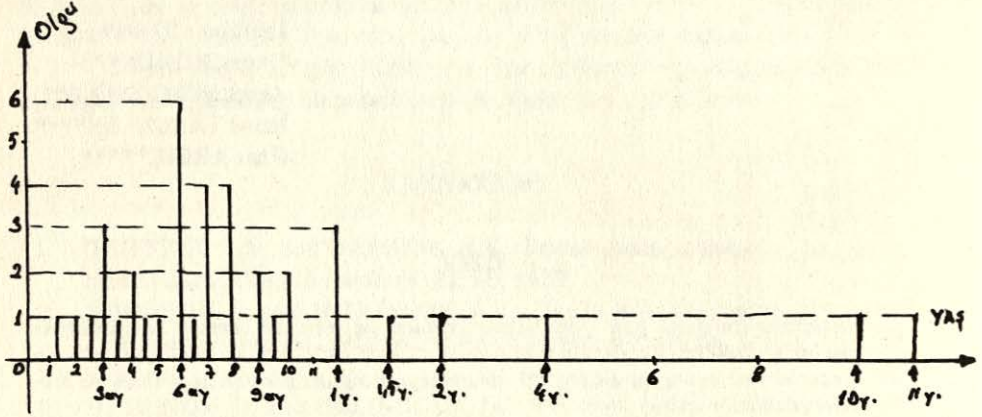
İnvajinasyon gastrointestinal kanalın bir bölümünün komşu bölüm içine girmesi olarak tanımlanır ¹⁻³. Burada barsağın barsak içine fıtıklaşması söz konusudur ². İlk kez Paul Barbette tarafından 17. yüzyıl ortalarında tanımlanan ve ameliyatla redüksiyonu önerilen invajinasyonlar o zamandan beri diğer barsak tıkanıklıklarından ayrılırlar ⁴.

-
- * Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araşt. Görevlisi
** Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araşt. Görevlisi
*** Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araşt. Görevlisi
**** Uzm. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi
***** Prof. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

GEREÇ ve YÖNTEM

Makalemizde son 5 yıl içinde kliniğimize başvuran ve tedavileri yapılan 39 invajinasyon olgusu çeşitli yönleriyle gözden geçirilmiştir.

Olgularımızın yaş dağılımları 40 günlük ile 11 yaş arasında değişmektedir (Şekil 1). En sık rastlanan yaş dilim 0-1 yaş arası olup olgularımızın 34'ünü (% 87.2) kapsar. Olguların 15'i erkek (% 38.5); 24'ü (% 61.5) kızdır (Tablo I).



Şekil: 1
Olgularımızda Yaş Dağılımı

Tablo: I
Olgularımızda Cins
Dağılımı

Cins:	Olgu:	%:
Kız	15	38.5
Erkek	24	61.5
Toplam	39	100.0

BULGULAR

Olgularımızda invajinasyonun lokalizasyon yeri 31 olguda (% 79.5) ileo-çekal, 6'sında (% 15.4) ileo-ileal ve 2'sinde (% 5.1) kolo-kolik idi (Tablo II). 2 olguda etenin tümöral olduğu görülmüştür (% 5.1) (Tablo III).

Tümüne cerrahi girişim uyguladığımız 39 olgudan 28'inde (% 71.8) dezinvajinasyon + peksi ile yetinilmiş; kalan 11 (% 28.2) olgunun 9'una (% 23.1) saptanan

barsak nekrozu, 2'sine (% 5.1) tümör nedeniyle rezeksiyon + primer anastomoz uygulanmıştır (Tablo VI).

Tablo: II
Olgularımızın Lokalizasyonlarına
Göre Dağılımı

Lokalizasyon Yeri:	Olgu:	%:
İleo-ileal	6	15.4
İleo-çekal	31	79.5
Kolo-kolik	2	5.1
TOPLAM	39	100.0

Tablo: III
Tümöre Bağlı İnvajinasyon Olgularımız

Lokalizasyon Yeri:	Yaş:	Cins:	Patoloji:
İleum	8 ay	Kız	Hodgkin
Çekum	4	Kız	Argentafinoma

Tablo: IV
Olgularımızda Uygulanan Cerrahi Girişimler

Cerrahi Girişim:	Olgu:	%:
Dezinvajinasyon + peksi	28	71.8
Rezeksiyon + anastomoz	11	28.2
tümör nedeniyle	2	5.1
nekroz nedeniyle	9	23.1

TARTIŞMA

Bebeklik ve küçük çocukluk çağı barsak tıkanıklıklarının sıklıkla sebebi olan invajinasyonlar erişkinde oldukça az görülür^{1,3,5,6,7}. Erişkinlerde invajinasyon oranı % 5-16 olarak bildirilmiştir^{3,7-10}. Çocukluk çağı invajinasyonlarının 2/3'ten fazlası hayatın ilk yılında ve en çok 4-8 aylarındadır ve daha çok erkek çocuklarda (% 75) görülür^{2,10}. Bizim olgularımızın 34'ü (% 87.2) 0-1 yaş grubunda olup bunlardan 20'si (% 58.8) erkek idi. Yenidoğan döneminde invajinasyon çok daha az olup hayatın ilk ayı içinde invajinasyon oluşumu tüm olguların yalnızca % 0.3'ü olarak bildirilmiştir^{11,12}.

Çocuklarda % 90 olguda invajinasyona neden olacak organik bir özellik saptanamaz ve olay idiopatik olarak nitelenirken erişkinde durum tersine döner ve % 70-80 olguda gösterilebilir bir neden mevcuttur ^{1,3,7,13,14,15}. Felix ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre etyolojik neden olarak Don Hauser ve Kelly 1950 de yayınladıkları 655 olguluk erişkin serilerinde % 26; Roper ise 1956 da yayınladığı 134 olguluk serisinde % 36.6 oranında malign tümör bulmuşlardır ³.

Enterik, ileoçekal, ileokolik ve kolokolik olarak sınıflandırılan invajinasyonlar arasında en sık görülen ileoçekal ve ileokolik invajinasyonlardır ^{1,2}. Olgularımızın % 79.5'inde ileoçekal yerleşim mevcuttu.

Hirschprung, malnütrisyonlu çocuklarda hiç invajinasyona rastlamadığını bildirdiğinden beri invajinasyonun iyi beslenmiş çocuklarda olduğu ileri sürülmüştür ¹⁶. Oysa Janik ve ark. 10 yıllık serilerinde 101 invajinasyonlu çocukta 2/3'ünün ağırlıklarının % 50 ve daha aşağı persantil değerlerinde olduğunu bildirmiş ve invajinasyonların iyi beslenmemiş çocuklarda da olabileceğini ileri sürmüşlerdir ⁶. Biz de olgularımızda bunun böyle olduğunu gözlemledik.

Çocuklarda ve yeni gelişen olgularda, tedavide ileokolik invajinasyonlar dışında hidrostatik redüksiyonla başarılı olunabilir ^{3,12}. Ancak hidrostatik redüksiyon denemesi sırasında perforasyon olasılığı gözden uzak tutulmamalıdır ^{12,19}. Ayrıca hidrostatik redüksiyondan sonra görülen nüks oranı % 10 dolayında iken operatif redüksiyonla bu oran % 3'dür ^{4,20}. Tedavi konusunda genel eğilim vakit geçirmeksizin operatif redüksiyon lehinedir ^{1,2,4,12,22}. Biz de aynı prensibe dayanarak olgularımızın tümüne cerrahi girişim uyguladık.

Erişkin invajinasyonlarının ise tedavisi konusunda fikir birliği mevcuttur ve seçilecek tedavi yöntemi cerrahi girişimdir ^{1,2,3,12,18,21}.

Cerrahi yöntemlerle tedavi edilen çocuklarda invajinasyon çoklukla digital maniplasyonla düzeltilebilir (= dezinvajinasyon). Eğer dezinvajinasyon başarılmazsa, nekroz veya herhangi bir patolojik lezyon mevcutsa rezeksiyon ve primer anastomoz şeklinde bir girişim uygulanır. Erişkinlerde ise etyolojik neden çoğu kez organik bir lezyon olduğundan rezeksiyon gerekebilir. Olgularımızda uygulanan cerrahi girişimler Tablo IV'te toplu olarak sunulmuştur.

Bütün olgularda rezeksiyondan önce redüksiyonun denenmesini bildiren yazarlar yanında, özellikle kolonik olgularda malignite olasılığının yüksek olması ve elle redüksiyon sırasında tümör embolizasyonu riskinin yüksek olması nedeniyle, redüksiyon denenmeksizin primer rezeksiyon önerenler de mevcuttur ^{3,13,18,21}. Weilbacher ve ark. ince barsak invajinasyonlarında % 24; kolonik olgularda % 54 ²¹, Felix ve ark. ise ³ bu invajinasyonlarda anıldıkları sırayla % 17 ve % 45 oranında malignite bildirmişlerdir.

Mortalite ve morbidite ile semptomların başlangıcı ve başvuru süresi arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. 24 saat içinde başvuran olgularda mortalite % 16 iken, 24 saati geçen olgularda % 28 mortalite bildirilmiştir ²². Ölüm nedenleri arasında başta akciğer komplikasyonları ve peritonit gelmektedir. Gecikmiş olgularda evissasyon ve barsak fistülleri de ön sıralara geçer.

KAYNAKLAR

1. SABİSTON, D.C.: Davis Cristopher (Ed. Kazancıgil A.), Temel Cerrahi, Cilt 2, Ankara. Güven Kitabevi Yayınları. 1979, s. 977-979.
2. KAYABALI, İ.: Akut Karın. Teşhis Yolları ve Tedavinin İlkeleri. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi. 1974, s. 105-112.
3. FELIX, E.L., COHEN, M.H., BERNSTEIN, A.D., SCHWARTZ, J.H.: Adult intussusception. *Am. J. Surg.*, 131 (6): 758, 1976.
4. REES, B.I., LARI, J.: Chronic intussusception in children. *Br. J. Surg.*, 63 (1): 33, 1976.
5. MINEHAN, T.F., TOULOUKIAN, R.J.: Pediatric tropical intussusception in Haiti. *Arch. Surg.*, 109 (6): 772, 1974.
6. JANIK, J.S., FIROR, H.V.: Intussusception and nutritional status. *J. Pediatr.* 88 (2): 358, 1976.
7. KARAKOUSİS, C., HOLYOKE, E.D., DOUGLASS, H.O.: Intussusception as a complication of malignant neoplasm. *Arch. Surg.*, 109 (4): 515, 1974.
8. MC GOVERN, J.B., GROSS, R.E.: Intussusception as a postoperative complication. *Surgery* 63: 507, 1968.
9. COTLAR, A.M., COHN, I.: Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 101: 114, 1961.
10. SANDERS, G.B., HAGAN, W.H., KINNARD, D.W.: Adult intussusception and carcinoma of the colon. *Ann. Surg.*, 147: 796, 1958.
11. TODANI, T., TABUCHI, K., TANAKA, S.: Intestinal atresia due to intrauterine intussusception. *J. Pediatr. Surg.*, 10 (4): 445, 1975.
12. YOO, R.P., TOULOUKIAN, R.J.: Intussusception in the newborn. *J. Pediatr. Surg.*, 9 (4): 495, 1974.
13. CORAN, A.G.: Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 177: 735, 1969.
14. BENSON, C.D., LLOYD, J.R., FISCHER, H.: Intussusception in infants and children. *Arch. Surg.*, 86: 745, 1963.
15. SEO, K.W., BOOKSTEIN, J.J., BROWN, H.S.: Angiography of intussusception of the small bowel. *Radiology* 132 (3): 603, 1979.
16. EIN, S.H., STEPHENS, C.A.: Intussusception. 354 cases in 10 years. *J. Pediatr. Surg.*, 6: 16, 1971.
17. DUDGEON, D.L., HAYS, D.M.: Intussusception complicating the treatment of malignancy in childhood. *Arch. Surg.*, 105: 52, 1972.
18. STUBENBORD, W.T., THORBJARNARSON, B.: Intussusception in adults. *Ann. Surg.*, 172: 306, 1970.
19. NAYLOR, H.G.: Hydrostatic perforation of intussusception. *Br. J. Surg.*, 57, 79, 1970.
20. EIN, S.H.: Recurrent intussusception in children. *J. Pediatr. Surg.*, 10 (5): 751, 1975.
21. WEILBAECHER, D., BOLIN, J.A., HEARN, D., OGDEN, W.: Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 121: 531, 1971.
22. ÖZGÜR, M., DİRİKER, M., KURTOĞLU, M.: Çocuklarda invaginasyon. *İst. Tıp Fak. Mecm.* 43: 785, 1980.