

## İleoçekal İnvajinasyona Neden Olan İntestinal Non-Hodgkin Lenfoma: Olgu Sunumu

## Sepsis-Induced Acute Renal Failure After Prostate Biopsy Procedure: A Case Report

Fatih Kaya<sup>1</sup>, Remzi Kızıltan<sup>1</sup>, Mustafa Şit<sup>2</sup>, Edip Erdal Yılmaz<sup>2</sup><sup>1</sup>Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

## Özet

İnvajinasyon, bağırsağın birbirini takip eden iki segmentin, birbirinin içine girmesidir. Acile karın ağrısı ile başvuran 31 yaşında bayan hastanın batın grafisinde yer yer hava-sıvı seviyeleri izlenmesi üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide transvers kolon düzeyinden başlayıp, çekuma kadar uzanım gösteren kitle ve invajine barsak segmenti izlendi. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu non-hodgkin lenfoma olarak değerlendirildi. Erişkinlerde görülen intestinal invajinasyon olguları, ince bağırsağın malign tümörlerine bağlı oluşabilmektedir. Bu sebeple, intestinal invajinasyona sebep olan kitlenin çıkarılmasında, yapılacak rezeksiyonun sınırlarının biraz daha geniş tutulması düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnvajinasyon, non hodgkin lenfoma, malign tümör.

## Abstract

Invagination is getting into each other of two consecutive intestinal segments. A 31 year old female admitted to emergency department with abdominal pain, x-ray of the abdomen revealed occasional air - fluid levels. Abdominal Computed Tomography scan performed and it showed a mass in transvers colon elongated to caecum and invaginated bowel segments. Histopathological evaluation of the mass revealed non hodgkin lymphoma. Intestinal invaginations in adults are mostly caused of malign tumors of the intestine. Therefore, a wider excision of the mass caused invagination should be considered.

**Keywords:** Invagination, non-hodgkin lymphoma, malign tumor.

## Giriş

İnvajinasyon, bağırsağın birbirini takip eden iki segmentinin, birbirinin içine girmesidir (1). Erişkin yaşta invajinasyon oldukça nadir olup tüm barsak obstrüksiyonlarının %1'inden sorumludur (2). Preoperatif tanı, nonspesifik ve oldukça değişken prezentasyonları nedeniyle zordur. Çocukluk yaş grubunda, intestinal invajinasyon genelde primer olarak gözlenir ve idiopatikdir. Erişkinlerde intestinal invajinasyona %80 oranla neden lümen içi yer kaplayan adenokarsinom veya lenfoma gibi malignitelerdir (2).

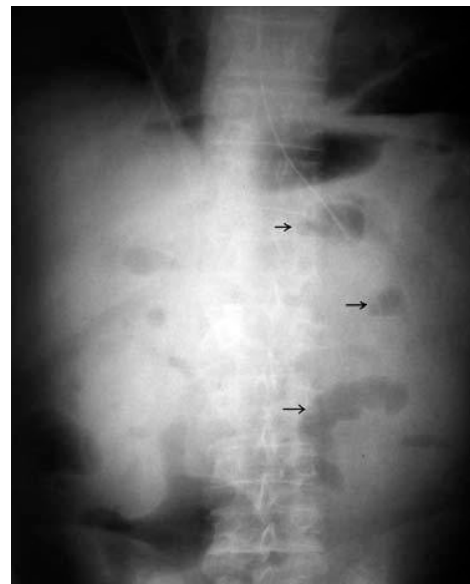
Yetişkinlerde, invajinasyonun karın ağrısı, bulantı, kusma ve distansiyon gibi tipik bulguları olmayabilir. Tanı genellikle ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografik incelemeler ile konmakta nadir de olsa peroperatif konabilmektedir.

Burada nadir izlenen, yetişkinde intestinal lenfomaya bağlı gelişen ileoçekal invajinasyon olgusu sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

Otuz bir yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı nedeni ile başvurdu. Bulantı, kusma, kabız

lık gibi ek herhangi bir semptom izlenmedi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 15700/mm<sup>3</sup> dışında normaldi. Karın grafisinde (Resim 1) yer yer hava-sıvı seviyeleri izlenmesi üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide transvers kolon düzeyinden başlayıp, çekuma kadar uzanım gösteren, en geniş yerinde 62x60 mm boyutunda kitle ve invajine barsak segmenti izlendi (Resim 2).



## İletişim Bilgisi / Correspondence

Yard. Doç. Dr. Mustafa Şit, A.İ.B.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Bolu E-posta: drmustafasit@yahoo.com.tr

Geliş tarihi / Received: Haziran / June 01, 2012; Kabul tarihi / Accepted: Haziran / June 22, 2012 Çıkar Çatışması / Conflict Of Interest: Yok /None



Hastaya akut karın tanısı ile yapılan laparatomide ileoçekal bölgede invajinasyona sebep olan terminal ileumda 4x5 cm boyutunda tümoral kitle ve çevre mezenter dokuda multipl lenf nodları izlendi (Resim 3).



Batın içinde ek patoloji izlenmedi. Hastaya sağ hemikolektomi ve primer anastomoz uygulandı. Postoperatif 7. günde komplikasyon gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu non-hodgkin lenfoma olarak değerlendirildi.

### Tartışma

Erişkin yaşta invajinasyon oldukça ender olup tüm barsak obstrüksiyonlarının %1'inden sorumludur (3,4). Erişkinlerde görülen intestinal invajinasyonlar, genelde ince bağırsağın malign tümörlerine sekonder gelişmektedir (5,6). Her iki cinsiyette de benzer oranlarda ve sıklıkla 6 ile 7. dekatlar arasında görülür (3,4). Bizim olgumuz 4. dekatta bayan hasta idi. İntestinal invajinasyo-

nun ortaya çıktığı segmente göre bulguların değişebileceği bildirilmiştir. En sık görülen semptom karın ağrısıdır. Batında kitle, hassasiyet ve rektal kanamanın bir arada bulunması invajinasyon triadı olarak bilinir. Diğer görülen bulgular ise; bulantı, kusma, dışkılama alışkanlıklarındaki değişiklikler ve kabızlıktır (7,8). Bizim olgumuzda karın ağrısı dışında semptom gözlenmedi. Erişkinde intestinal invajinasyona %80 oranla sebep olan genelde lümen içi yer kaplayan benign ve malign lezyonlardır (2). Malign lezyonlar arasında ise en sık görülenler, adenokarsinom veya lenfomadır. İnvajinasyon tanısında en sık kullanılan radyolojik yöntemler, düz ve opaklı grafiler, abdominal tomografi ve ultrasondur. Özellikle baryumlu tetkikler invajinasyon lokalizasyonunu saptamada yardımcı olabilir. İnvajinasyon tanısında kullanılan ultrasonun, bu konudaki doğru tanı oranını %30–35 arasında bildirilmektedir. Abdominal tomografi, invajinasyon tanısı için altın standart olmakla birlikte %50–80 oranında diagnostik veri sağlamaktadır (2). Abdominal tomografi ile aynı zamanda metastaz, lenfadenopati, serbest sıvı, proksimal barsak dilatasyonu hakkında yeterli bilgi verebilir (9-12). Bizim olgumuzda, abdominal tomografi invajinasyonu ve buna sebep olan kitleyi göstermişti. Erişkin hasta grubunda görülen invajinasyonun temel tedavisi cerrahidir. Postoperatif adezyona bağlı invajinasyonlarda deinvajinasyon işlemi başarılı olurken, inflame, iskemik ve kolonik invajinasyonu olan hasta grubunda deinvajinasyon işlemi perforasyona neden olabileceği ve tümör hücrelerinin yayılmasına yol açacağından önerilmemektedir. Bu durumda invajinasyona uğrayan barsak segmentinin rezeksiyonu başvurulacak yöntem olmalıdır (13).

Erişkinde invajinasyonun görülme sıklığı çocuk yaş grubuna göre daha azdır. İnvajinasyona sebep olabilecek nedenlerin çokluğu ve vermiş olduğu belirtilerinin non-spesifik olmasından dolayı, akut batın kliniği olan hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Erişkinlerde görülen intestinal invajinasyon olguları, barsağın malign tümörlerine bağlı oluşabilmektedir. Bu sebeple, erişkinlerde intestinal invajinasyon sebebiyle yapılacak cerrahide tümör olasılığı akılda tutularak rezeksiyon sınırlarının biraz daha geniş tutulmasının düşünülmesi gerektiği kanısındayız.

## REFERENCES

1. Chandra N, Campbell S, Gibson M, Reece-Smith H, Mee A. Intussusception caused by a heterotopic pancreas. Case report and literature review. JOP. 2004;5:476-479
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997; 226:134-138
3. Reijnen HA, Joosten HJ, de Boer HH. Diagnosis and treatment of adult intussusception. Am J Surg 1989;158: 25-28.
4. Begos DG, Sander A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;173: 88-94
5. Triantopoulou C, Vassilaki A, Filippou D, Velonakis S, Dervenis C, Koulentianos E. Adult ileocolic intussusception secondary to a submucosal cecal lipoma. Abdom Imaging 2004 29:426-428
6. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas: report of two unusual cases and review. Dis colon rectum 1987; 30:11: 888-893.
7. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults. Review of 160 cases. Am J Surg 1971;121: 531-535
8. Ellis H, Calne R, Watson C. Lecture notes in General Surgery, 9th edition. Oxford, Blackwell Science Ltd 1998
9. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. Radiology. 1999; 212: 853-860
10. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N, Lehur PA, Hamy A, Leborgne J, le Neel JC, Mirallie E. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. Int J Colorectal Dis. 2005; 11: 3-7
11. D.R. Anderson. The pseudokidney sign. Radiology. 1999;211: 395-397
12. Mok PM, Humphrey A. Ileo-ileocolic intussusception: radiologic features and reducibility. Pediatr Radiol 1982;12:127-31.
13. Toso C, Erne M, Lenzlinger PM, Schmid JF, Büchel H, Melcher G, Morel P. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. Swiss Med WKLY 2005;135: 87-90

