

AKUT SİGMOİDREKTAL İNTÜSSÜSEPSİYON  
(üç olgu nedeniyle)

Dr. Y. TATKAN\*  
Dr. A. KARTAL\*  
Dr. A. KAYNAK\*  
Dr. İ. TUNÇ\*\*

SUMMARY

Acut sigmoidorectal intussuception.

Three cases with colorectal invagination were presented. Both of them were incarcerated and one strangulated. Different surgical intervention cases applied to each other. There was no complaint in both cases before intussuception except one and there was a villöz adenoma in the apex of invaginated mass in one case.

ÖZET

Birisi strangüle ikisi etrangle olan üç kolorektal intüsssüsepsiyon olgusu sunuldu. Olgulardan birine perineal sigmoidektomi+transvers kolostomi, diğerine operatuar redüksiyon+sigmoid kolostomi+anal serklaj, sonuncusuna redüksiyon abdominal sigmoidektomi+primer anastomoz uygulandı. Sunduğumuz iki yetişkin olgunun daha önce hiç bir şikâyeti yoktu. Çocuk olan olgunun üç aylık prolapsus tarzında yakınmaları vardı. Yetişkin olgulardan birinde invagine kitlenin apeksinde büyükçe bir polip(villöz adenom) saptandı.

Ender görülmesi ve acil cerrahi girişim gerektirmesi nedeniyle kolorektal invaginasyon olgularının takdimi uygun görüldü.

Proksimal rektumun anal kanala girmeden daha distaldeki rektum içine invagine olmasıyla meydana gelen olay internal prolapsustur.(Gizli prosidensiya). Broden tarafından 1968'de açıklandığı ve sineanjiografi ile gösterildiği gibi prosidensia sakral promontorium seviyesinde başlayan bir invaginasyondur (1). Prosidensianın intussusepsiyon olduğu ko-

\* : Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

\*\* : Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

nusu Ripstein tarafından da vurgulanmıştır. Sunacağımız üç olgudan ikisi daha önce hiç bir yakınması olmayan hastalardır. Fizik muayene bulgularından görüleceği gibi olayın alışılmış total rectum prolapsuslarından farklılık arzettiği gözlenmiş ve akut kolorektal invaginasyon olarak değerlendirilmiştir.

## OLGULAR

### 1. Olgu: K.O.50 yaşında, kadın (Prot. No: 9126)

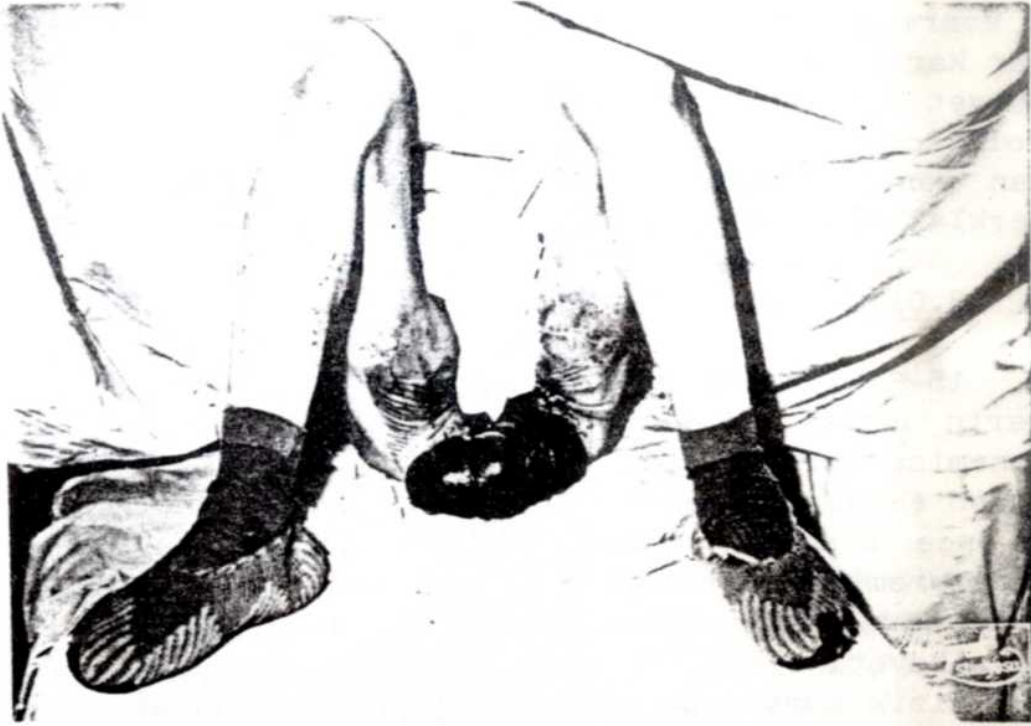
Makadının dışa çıkması ve şiddetli karın ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvuran hasta bir gün önce başlayan diyare nedeniyle gün boyu 8-10 kez defekasyon yapmış son kez tuvalette ikindiği anda, ani olarak büyük bir barsak kitlesinin anüsten dışarı çıktığını farketmiş. Çıkan barsağı yerine redükte etmek için gerek kendisi, gerekse başvurduğu ilçe hastanesindeki doktor tarafından yapılan girişimler başarılı olmamış. Bu nedenle önce hastanemiz acil servisine, oradan kliniğimize sevk edilerek yatırıldı.

Öz geçmişinde prosidensia ile ilgili en ufak bir şikayetin bulunmadığını bildirdi. Muayenesinde; cilt rengi soluk, ekstremiteleri nemli soğuk olarak saptandı. TA: 90/70 mmHg, Nabız: 130/dk. bulundu. Bu bulgular şok öncesi bulguları olarak kabul edildi.

Karın palpasyonunda sol alt kadranda hassasiyet bulundu. Perineal bölge muayenesinde; anüsten dışarıya prolabe olmuş, yaklaşık 30 cm kadar uzunlukta, mukozası hiperemik ve ödemli, yer yer nekroz derecesinde iskemik alanları bulunan, 10 cm den daha kalın hal almış bir barsak bölümü görüldü. Palpasyonla çok ağırlı olan kitlerin sağlıklı görülen bölümünün kısmen olsun redüksiyonu mümkün değildi. Dijital muayene ile anal kanal ve rektumun yerinde olduğu ve parmağın rectuma sokularak çepeçevre dolaşabildiği görüldü (Şekil 1).

Genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda müdahale edilen hastaya perineal sigmoidektomi+kolorektal anastomoz uygulandı. Barsağın proksimaline prevantif olarak sol transvers kolostomi eklendi.

Postoperatif hiç bir komplikasyonu olmayan hasta ameliyatının 16. günü kolostomi revizyonu için bilahare başvurmak üzere taburcu edildi.



Şekil 1: Perineal sigmoidektomi yapılan olgunun ameliyat öncesi görünümü.

2. Olgu: H.D.3 yaşında, erkek (Prot.No: 9721)

Makadının dışarı çıkması ve karın ağrısı, kusma şikayeti ile acil polikliniğimize başvuran hastanın, üç aydan beri her tuvalette makadı dışarı çıkar ve annesi tarafından yerine konulmuş. Ancak hastanemize başvurmadan 3 saat önce dışarı çıkan barsak içeri reddedilemeyince ailesi tarafından acil servisimize getirilmiş, orada görülen hasta kolorektal invaginasyon ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı.

TA: 80/60 mmHg, Nabız: 140 dk idi. Perineal bölge muayenesinde; anüsten dışa prolabe olan yaklaşık 15 cm uzunluğunda mukozası vişne çürüğü renginde, palpasyonla ağırlı irredüktibl bir barsak bulunduğu tespit edildi. Digital palpasyonla; prolabe kitlenin yanlarından çepeçevre girilerek anal kanal ve rektumun yerinde olduğu saptandı. Ancak üst sınır tuşe edilemedi. Bu bulgularla hastaya irredüktibl kolorektal invaginasyon tanısı kondu. Gerekli ön hazırlığı müteakip acilen ameliyathaneye alındı. Prolabe barsağın canlılığından emin olunduktan sonra redüksiyon denendi. Genel anestezi altında başarılı olunamayınca laparotomi yapıldı. Gözlemde, ileumun son bir metrelik kısmı ile sigmoid kolonun tümünün peritoneal kıvrımın üstünde kalan rektumla beraber distale invagine olduğu görüldü. (Sigmoidorektal intüssüepsiyon).

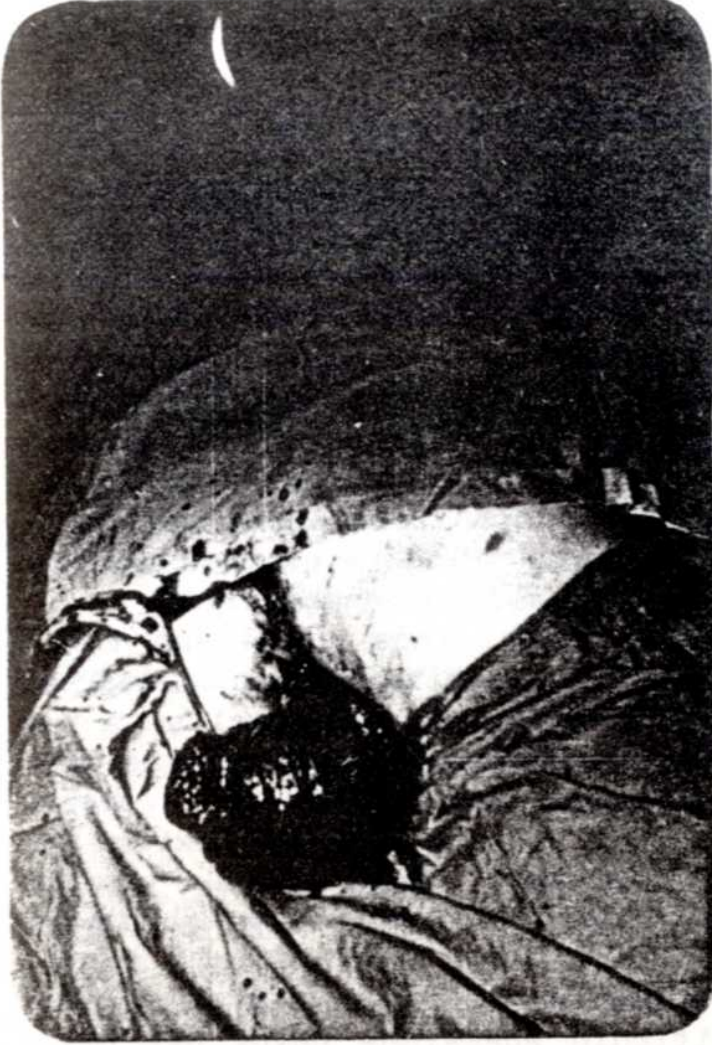
Daha sonra perineal bölgeden de itilerek tüm invagine barsaklar karna redükte edildi. Sigmoidopeksi amacıyla sigmoidten bağıt kolostomi yapıldı. Anal serklaj eklendi, Üç ay sonra kolostomi revizyonu için başvuran hastaya gerekli hazırlıktan sonra, sigmoidektomi+kolorektal anastomoz uygulandı ve serklajı bozularak şifa ile çıkartıldı.

3.Olgu: S.O. 57 yaşında, erkek (Prot.NO: 6433)

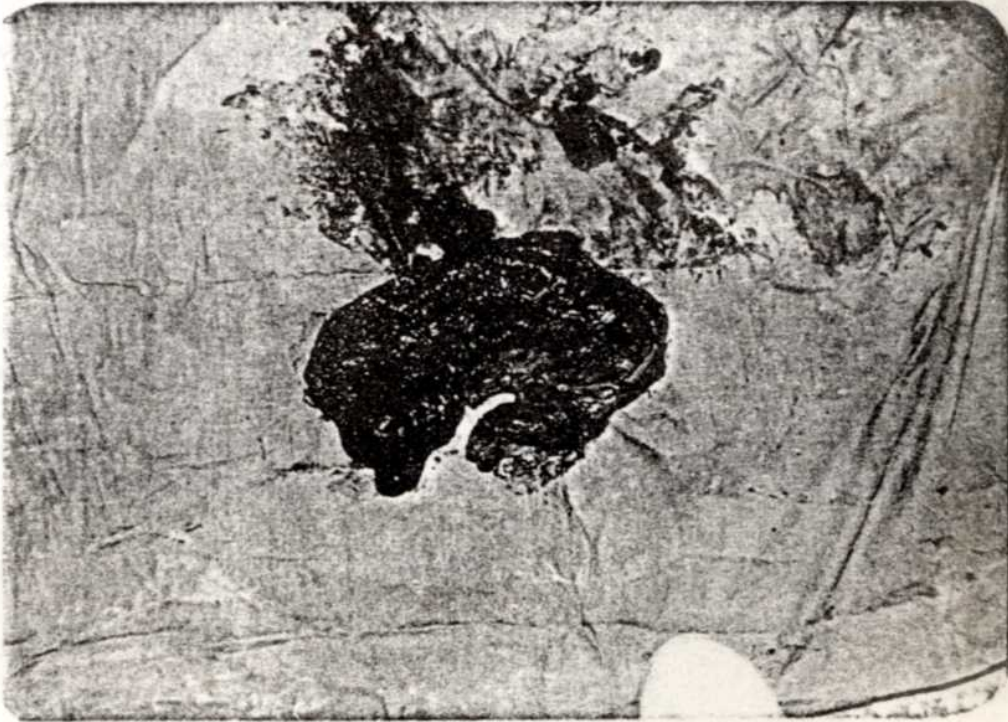
15-8-87 tarihinde barsağının makatından dışa çıkması ve karın ağrısı şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Hastanemize müracatından yaklaşık olarak dört saat önce defekasyon esnasında makatından bir kitlenin çıktığını farketmiş, önce kendisi sonra yakınları tarafından kitle içeri reddedilememiş. Hastaneye kabulüne kadar geçen sürede biraz daha büyümüş. Daha sonra makatı hiç dışa çıkmamış. İlk kez böyle şikayeti olmuş. Bu nedenle yatırıldı.

Fizik muayenede anal kanaldan invagine olan yaklaşık 25 cm uzunlukta mukozası hiperemik ve ödemli kitlenin distalinde saplı üzeri pürtüklü polip (5x3x1cm) izlenmekteydi(Şekil 2) Tuşede anal kanal ve tüm ampulla rektinin yerinde olduğu görüldü.

Ön tanı: Kolorektal (Sigmoidorektal) invaginasyon. Laparatomisinde peritoneal foldun üstündeki kısmı da dahil olmak üzere rektum tümüyle yerindeydi. Anal dilatasyonu müteakip dıştan uygulanan manipülasyonun da yardımıyla kitle karına reddedildi. Sigmoid kolon rezeksiyonu yapılarak kolorektal anastomoz yapıldı. Halen kontrolümüzde olan hastanın bir problemi yoktur. Rezeke sigmoid kolon ve piyesin açılmış hali şekil 3 te görülmektedir.



Şekil 2: Apeksinde polip bulunan invagine barsak.



Şekil 3: Rezeke sigmoid kolon ve içindeki polip

## TARTIŞMA

Üst rektum ve sigmoidin rektal ampulla içine prolabe olması birçok müelîf tarafından bildirilmiştir(2,3,4). İnternal procidensia veya rektum intüssüpeksiyonu adı verilen bu durum barsak sistemi içinde meydana gelen diğer invaginasyonlardan nadiren strangüle olması ve tıkanması ile ayrılır. Gizli intüssüsepsiyon veya sigmoidorektal invaginasyon olarak da kabul edilen bu olayda bazen invagine olan kitle anal kanaldan dışa prolabe olur. Bu haliyle invagine barsağın manüple edilerek redüksiyonu mümkün olabilir. Ancak bazı hal-lerde genel anesteziye rağmen barsak redükte edilemez, irre-düktibilite strangülasyon ve nekrozla sonlanabilir(2).

Olgularımızın ikisinin anamnezinde prolapsus recti ile ilgili hiçbir yakınma sözkonusu değildi. Birinde diareyi müteakip değerinde normal defekasyondan sonra gelişmiş bir intüssüsepsiyon vardı. Biri strangüle, değeri etrangle idi. Bu olguların sigmoidorektal intüssüsepsiyon olduğu peropera-tuar kanıtlanmıştır. 1. olguda perineal sigmoidektomi ve anastomoz tamamlandıktan sonra daha rahat olarak yapılan muayenede ampulla rektinin tümüyle yerinde olduğu görülmüş-tür. Diğer olguda ise karın açıldığında hemen tümüyle rektu-mun yerinde ve içine tüm sigmoidin invagine olduğu gözlen-miştir. Ayrıca invagine kitlenin apeksinde büyük bir polip bulunması da kolorektal intüssüsepsiyonu doğrulamıştır. Go-ligher bu tür olayları, sigmoid veya rektumun benign veya malign tümörlerinin başlatabileceğini yazmaktadır(2).

Çocuk olan olgumuzun, son üç aya ait, makatının dışa çıkması şikayeti bulunmaktaydı. Ancak muayene ve laparotomi-sinde olayın klasik procidentia tarzında olmadığı gözlendi. Buna göre önceki yakınmaların bazen dışa çıkan sigmoidorek-tal invaginasyona bağlı olduğu kanısına varıldı.

Sonuç olarak iki olgumuzun daha önce hiçbir intesti-nal yakınmaların olmaması, birinde invagine kitlenin apek-sinde polip görülmesi procidentiaya has etkin bir tedavi uy-gulanmadığı halde nüks görülmemesi gibi nedenlerle olguları-mız akut kolorektal invaginasyon olarak değerlendirildi.

KAYNAKLAR

1. BRODEN B.,SHELLMAN,B.: Procidencia of the rectum studiet with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism. Dis. Colon Rectum 11.330 1968.
2. GOLIGHER,J.C.: Prolapse of the Rectum,In surgery of the Anus, Rectum and Colon. Ed,5. London Bailliere Tindall, 1984, p.246.
3. IHRE,T. and SELIGSON,U.: Internal procidencia, Dis. Colon Rectum, 391:18,1975.
4. YAZICI,Y.,DEVECİOĞLU,S.,TATKAN,Y.,TARTAN,Ş.: Prosidencia tedavisi, 1.Ulusal Proktoloji Kongresi Özet Kitabı Marmaris 13-16 Eylül 1982.