

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNVAJİNASYONLARI

Dr. Alaaddin DİLSİZ *, Dr. AYTEKİN KAYMAKÇI *, Dr. OSMAN GÜLER *,
Dr. BURHAN KÖSEÖĞLU *, Dr. FATMA ÇAĞLAYAN *

* S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahi ABD

ÖZET

İnvajinasyon çocukluk çağında en sık rastlanan barsak tıkanıklığı nedenidir.

S.Ü.T.F. Çocuk cerrahisinde tedavi edilen 11 invajinasyonlu hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş dağılımı, semptom ve bulgular açısından, diğer yayınlarla benzerlik görülürken, farklı olarak kızların çokluğu (K/E:9/2), hastaların kliniğe geç başvurduğu, barsak rezeksiyon oranının yüksekliği dikkati çekti.

Rezeksiyon oranı ile hastaların geç gelişi birbiri ile ilişkili idi. Bu da hastaların yanlış tanı ve tedavi ile zaman kaybetmesine bağlandı.

Anahtar Kelime: İnvajinasyon.

SUMMARY

Childhood Intussusception

Intussusception is the most common cause of intestinal obstruction in childhood. 11 children with intussusception were retrospectively reviewed in the department of pediatric surgery in Selçuk University medical faculty. Age configuration, symptoms and signs were similar with the other reports, but most of the patients were girls (girl / boy:9/2) and this made the difference. Besides intestine resection ratio was high and the patients presentations in hospital were late.

There is a relationship between resection ratio and the patients late presentations. And this was related to the loss of time with the wrong diagnosis and treatment.

Key Word: Intussusception.

GİRİŞ

İnvajinasyon, 3 yaşından küçük çocuklarda en sık intestinal obstrüksiyon nedenidir. Proksimal barsağın distal barsak içine teleskopik girmesi olarak tanımlanan invajinasyon ilerleyici bir patolojidir. Bu durum barsakta lenfatik ve mezenterik venöz obstrüksiyona, daha sonra arterial obstrüksiyona yol açarak, ödem, iskemi, nekroz, barsak perforasyonu ve peritonite kadar ilerler, olaya müdahale edilmezse şok ve ölümlerle sonuçlanır.

Klinikte, safralı yada safrsız kusma, kolik tarzında abdominal ağrı, kanlı-mukuslu rektal kanama, palpabl abdominal kitle, ayakta direkt batın grafisinde intestinal obstrüksiyon bulguları gözlenir (1).

Hastalığın tedavisinin anahtarı; barsaklar hâlâ canlı ve redükte olabilir halde iken, erken tanı koymaktır. Günümüzde tedavi şekli baryum ya da gaz lavmanla redüksiyon veya lavmanın başarısız olduğu

ve endike olduğu diğer durumlarda cerrahi girişimlerdir.

Bu yazıda, kliniğimizde invajinasyon tanısıyla tedavi edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

MATERYEL VE METOD

Nisan 1991-Haziran 1992 tarihleri arasında S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi Kliniğinde invajinasyon tanısıyla hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsi, semptomların başlaması ile hastane yatışları arasında geçen süre, fizik muayene ve radyolojik bulgular, tedavi şekli, operatif bulgular ve tedavi sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR

14 aylık sürede invajinasyon tanısı ile 2 erkek, 9 kız toplam 11 çocuk tedavi edildi. Hastaların yaşı 4 ay ile 4 yaş arasında idi. Hastalarda kusma (11), huzursuzluk (8), kanlı gaita (7), karın ağrısı (4), en sık rastlanan şikayetlerdi. Bu şikayetlerin yanı sıra fizik

muayenede karında kitle (6), sistemik ateş (6), dehidratasyon (4), şok 2), rektal kanama (1) bulguları kaydedildi.

Hastaların yalnızca 1'i ilk 24 saat içinde kliniğimize başvurmuştur. 5 hasta 24-72 saat sonra geldi. Kalan 5 hasta da 4 gün ve daha sonra başvurmuştu. 8 hasta daha önce başka hekimlerce görülmüştü. 4 gün ve daha geç gelen hastalardan 3'ü akut gastroenterit, 1'i basilli dizanteri, 1'i gastrointestinal hemoraji tanısı ile tedavi edileye çalışılmış, iyileşme olmayınca kliniğimize sevk edilmişti. Daha önce hekimlerce görülen 8 hastadan yalnızca 2'si invajinasyon ön tanısıyla kliniğimize sevk edilmişti. Yapılan fizik muayene ve radyografik incelemeler

sonucunda 2 hastada perforasyon saptandı. 6 hastada peritonit ve radyografik olarak intestinal obstrüksiyon saptandı. Bu 8 hastaya primer olarak laparotomi uygulandı. 5 hastada perforasyon ve nekroz nedeniyle intestinal rezeksiyon yapıldı.

İnvajinasyon nedeni olarak 1 hastada Meckel divertikülü, 1 hastada Kawasaki hastalığına bağlı barsak duvarında hematoma saptandı. 10 hastada invajinasyon ileokolik, Kawasaki hastalığı olan vakada ise ileoileal idi.

Basilli dizanteri tanısı ile 1 hafta tedavi gördükten sonra kliniğimize sevk edilen, ileumda ve kolonda perforasyon nedeniyle rezeksiyon yapılan hasta postoperatif sepsis nedeniyle öldü (Tablo 1).

Tablo 1. Semptomların süresi ile rezeksiyon ve mortalite arasındaki korelasyon.

Semptomların Süresi	Hasta Sayısı	Rezeksiyon Yapılan	Mortalite
24 Saat	1	-	-
24-72 saat	5	-	-
4 gün ve daha uzun	5	5	1

TARTIŞMA

İnvajinasyon, bebek ve erken çocukluk döneminde erken tanı ve tedavi ile dramatik iyileşme sağlanan önemli bir cerrahi hastalıktır. Vakaların çoğunda invajinasyon 3 ay ile 2 yaş arasında gözlenir. Klinik olarak erkek çocuklarda kızlara göre daha sık rastlanır. Ancak bizim küçük serimizde kızlarda daha çok olduğu dikkati çekmektedir (K/E:9/2).

İnvajinasyon semptomları; kolik tarzında karın ağrısı, ağrıyı takiben safralı ve/veya safrasız kusma ve mukuslu-kanlı gaitadır. Fizik muayenede, karında genellikle üst kadrantlarda yumuşak, uzun kitle saptanabilir, karında distansiyon vardır. Geç vakalarda peritonit bulguları ortaya çıkar. ancak bu bulguların hepsi aynı hastada görülmeyebilir. İnvajinasyon akla gelmezse (serimizdeki hastaların bir kısmında (5'inde olduğu gibi) hasta değişik tanılar alabilir.

Bizim serimizde hastaların semptom ve bulguları daha önceki yayınlarla benzerlik göstermektedir (2).

Küçük serimizde dikkati çeken bir başka nokta hastaların geç başvurusudur.

Daha önceki yayınlarda (3), %40-55 oranında hastalar semptomların başlamasından sonra ilk 24 saat içinde hastaneye yatarlarken bizim hastaların yalnızca biri ilk 24 saat içinde başvurmuştur. 4. gün ve daha sonra başvurma oranı %20-30 iken bizim hastalarda bu oran 5/11 dir. Bu oranlar yalnızca Nijerya'da yapılan bir yayınlara benzerlik göstermektedir (4).

Daha önceki yayınlarda primer cerrahi oranı %11 olarak belirtilirken (5), başkibir yayında ise bu oran %28'dir (6).

Serimizdeki 11 hastanın 8'inde (%73) perforasyon, peritonit nedeniyle primer cerrahi uygulandı. Hastalarımızda rezeksiyon oranı da diğer yayınlara göre daha yüksektir (5/11).Genellikle %15-25.

arasında rezeksiyon oranı yayınlanmaktadır (3).

İnvajinasyon ilerleyici bir patoloji olduğundan tanıdaki gecikme barsak obstrüksiyonu, barsakta beslenme bozukluğu, perforasyon, peritonit, sepsis, şok ve ölümlle sonuçlanabilir.

Rezeksiyon yapılan hastalarımızın hepsinin 4 gün ve daha geç başvuruda buldukları ve daha önce başka hekimlerce takip edildikleri gözönünde bulundurulacak olursa rezeksiyon oranının yüksekliği

yanlış tanı ve tedavi sonucu hastaların zaman kaybetmeleriyle açıklanabilir. Ancak bu zaman kaybı hastaların geç başvurusundan değil, ilk gören hekimlerin cerrahi merkeze geç iletmesinden kaynaklanmaktadır. Bu da invajinasyon semptom ve bulgularının hepsinin aynı hastada her zaman görülmemesi ve invajinasyonun akla getirilmemesi nedeniyle hastaların başka tanıları almalarına bağlı olabilir. Serideki bir hastanın ölümü de yine tanıdaki ve dolayısı ile tedavi-deki gecikme ile ilgilidir.

KAYNAKLAR

1. Raffensperger J.G. Swenson's Pediatric Surgery. East Norwalk. Appleton and Lange. 1990; 221-8.
2. West KW, Stephens B, Vane DW, Grosfeld JL. Intussusception: Current management in infants and children. Surgery 1987;102:704-10.
3. Skipper RP, Boeckman CR, Klein RL. Childhood intussusception. Surgery 1990; 171:151-3.
4. Adejuyigbe O, Jeje EA, Owa JA. Childhood intussusception in Ile-Ife, Nigeria. Annals of Tropical Pediatrics 1991;11:123-7.
5. Glover JM, Beasley SW, Phelan E. Intussusception: effectiveness of gas enema. Pediatric Surgery international 1991;6:195-7.
6. Ravitch MM. Intussusception. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill J, Rowe MI. eds. Pediatric Surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers. 1986, 868-80.