

## Bir yetişkinde Meckel divertikülüne bağlı ileoileal invajinasyon: Tanıda ultrasonografinin önemi

Ileoileal intussusception in Meckel's diverticulum in an adult: The importance of ultrasonography in the diagnosis

Orhan SEZGIN, Mehmet Kasım AYDIN, Engin ALTINTAŞ

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Mersin

*Yetişkinlerde Meckel divertikülüne bağlı invajinasyon nadir görülür. Kronik karın ağrısı, alt gastrointestinal kanamalar, tekrarlayan obstrüktif semptomlar tanının gecikmesine yol açabilir. Biz 22 yaşında karın ağrısı, kusma, kilo kaybı şikayetleri ile uzun süre incelenmiş, fakat ileri incelemelere rağmen tanısının konması gecikmiş bir, invert Meckel divertikülüne bağlı ileoileal invajinasyon olgusunu sunduk. Ultrasonografinin tanının hızla ve güvenle konmasındaki yerini tartıştık.*

*Invagination of Meckel's diverticulum is rarely seen in adults. Chronic abdominal pain, lower gastrointestinal bleeding and recurrent obstructive symptoms may lead to a delayed diagnosis. We present here a 22-year-old case with ileoileal invagination of an inverted Meckel's diverticulum, who had long been examined with complaints of abdominal pain, vomiting and weight loss, but was diagnosed late despite advanced analyses. We discuss here the place of ultrasonography for the fast and reliable diagnosis of the disorder.*

**Anahtar kelimeler:** Invajinasyon, meckel divertikülü, ultrasonografi

**Key words:** Intussusception, Meckel's diverticulum, ultrasonography

### GİRİŞ

Meckel divertikülü gastrointestinal kanalın en sık görülen konjenital anomalisidir. Otopsi serilerinde sıklığı %1-3 bulunmuştur (1,2). Çoğu asemptomatik olup, kanama ve invajinasyon gibi komplikasyonlara yol açabilir. Tüm invajinasyonların yaklaşık %5'i yetişkinlerde görülür ve bu da tüm barsak obstrüksiyonlarının yaklaşık %1'ini oluşturur. Yetişkinde görülen intestinal invajinasyon %70-90 oranında kitlesel lezyona neden olur ve teşhis araçları veya cerrahi ile gösterilebilir (2). Bu aşamada ultrasonografinin yaygın ve yüksek çözünürlükte kullanılması güvenle tanı konulmasını sağlayabilir.

### OLGU

Yirmiiki yaşında erkek hasta 4 aydır olan karın ağrısı, aralıklı kusma ve 20 kilograma varan zayıflama şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Bu süre içerisinde başka merkezlerde incelendiği; üst gastrointestinal sistem endoskopisinde hiatal herni ve pangastirit saptandığı, kolonoskopi de yapıldığı ve normal olarak değerlendirildiği öğrenildi. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide ise pankreas kuyruk kesiminde 4 cm'lik yumuşak doku dansitesinde oluşum saptanmıştı. Hastanın fizik muayenesinde soluk

ve kaşektik yapıda olduğu görüldü. Barsak sesleri artmış, sağ alt kadranda ve supraumblikal bölgede hassasiyet vardı. Muayeneyi takiben hemen poliklinikte yaptığımız abdominal ultrasonografide epigastrik bölgede genişlemiş, abartılı peristaltizm gösteren ince barsak ansları izlendi. Supraumblikal bölgede transvers kesitte yaklaşık 5 cm çapında hedef tahtası şeklinde iç içe geçmiş barsak ansları tespit edildi. Longitudinal bakıda ise iç içe geçmiş barsak anslarının kitle imajı oluşturduğu saptandı (Figür 1, 2 A-D). Ardından çekirtilen direkt batın gafisinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Bu bulgular eşliğinde invajinasyon tanısı kondu. Nazogastrik dekompresyon ve parenteral sıvı tedavisi başlanan hasta operasyona alındı. Eksplozasyonda ileoçekal valfden 100 cm proksimalde ince barsak ansında invajinasyon saptandı. Invajinasyon açıldığında hastada 4 cm uzunluğunda Meckel divertikülü saptandı. Invajine kısım manuel olarak redükte edilip divertikül rezektü edildi. Tanı histopatolojik olarak da doğrulandı. Ameliyat sonrası sorunsuz seyreden hasta şifa ile taburcu edildi.

### TARTIŞMA

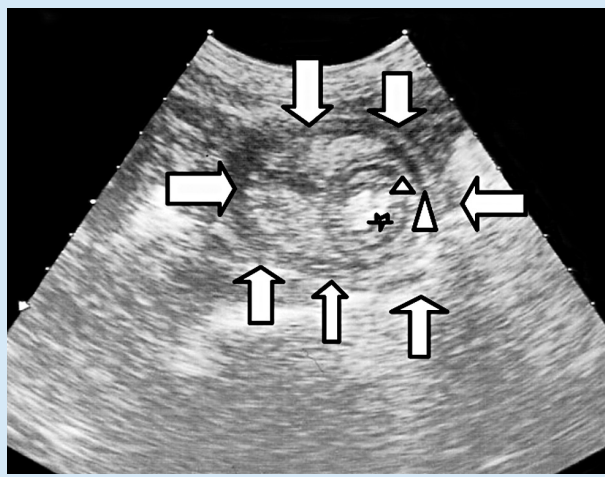
Invajinasyon iki intestinal segment arasındaki motilite farklılığı sonucu oluşur. Anatomik olarak proksimal seg-

**İletişim:** Orhan SEZGIN

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı,  
Mersin, Türkiye

E-mail: orhansezgin@mersin.edu.tr

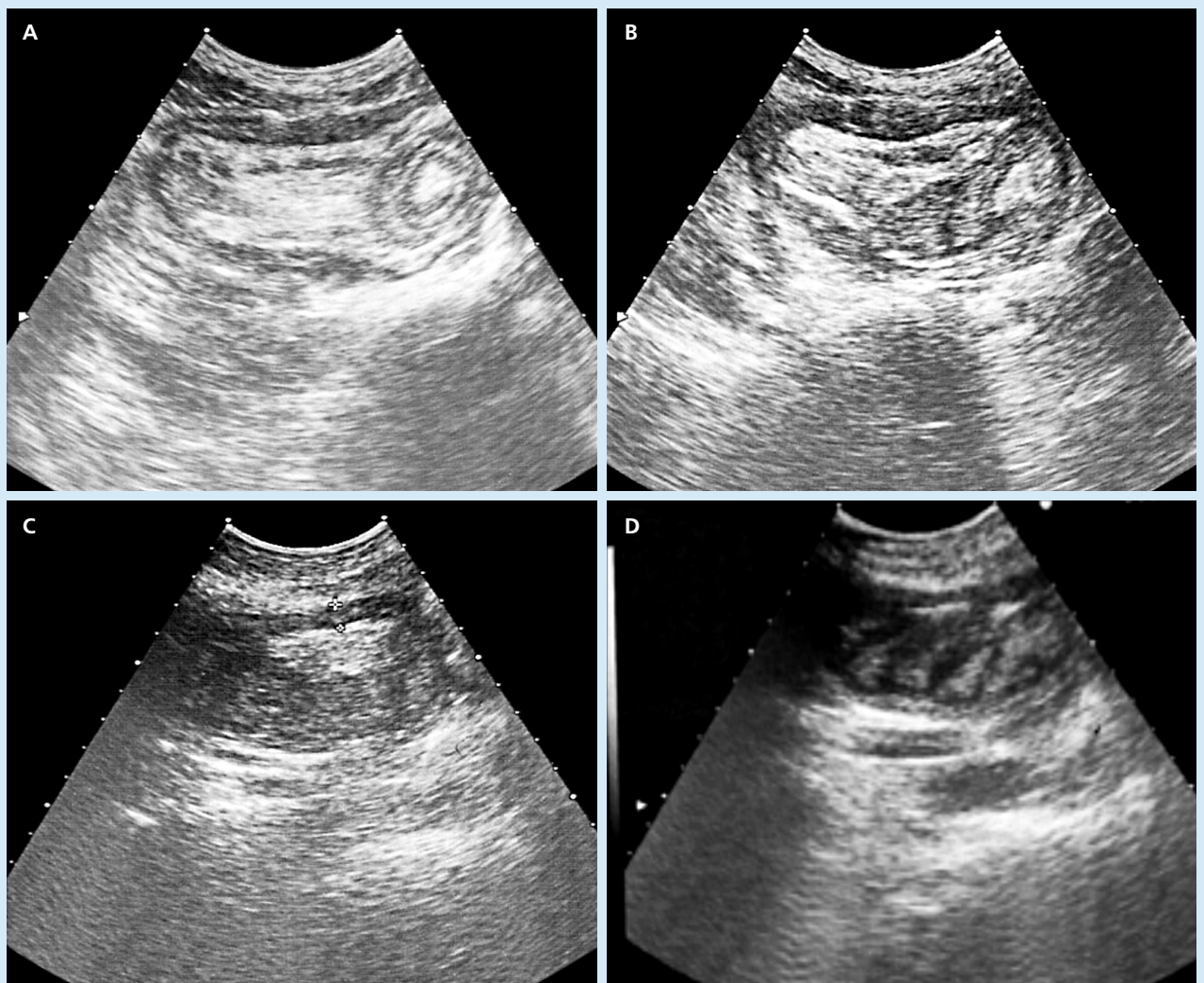
**Geliş Tarihi:** 09.03.2012 • **Kabul Tarihi:** 30.03.2012



**Figür 1.** Transvers kesitte; invajine olmuş barsak anslarının tipik iç içe geçmiş halkalar şeklindeki görüntüsü. (Yıldız: En içte, invajine olan barsağın lümeni. Üçgenler: Barsak duvarları. Kalın Oklar: En dıştaki invajine olunan barsağın duvarları.)

mentin sabitlenme yerine bağlı olarak enteroenterik, ileokolik, ileoçekal veya kolokolik şeklinde sınıflandırılır (3). Invajinasyon erişkinlerde nadir görülür. Ortalama görüme yaşı 4.-5. dekatlar içinde olma eğilimindedir (4,5). Erişkin hastalarda invajinasyonların çoğunun sebebi saptanabilir. Nedenlerin %65'ini benign ya da malign neoplazmlar, %15-25'ini non-neoplastikler oluşturur (6,7). İnce barsaklarda oluşan invajinasyonların çoğu benign lezyonlara ikincil olarak gelişir. Bunlar, benign neoplazmlar (lipom, leyomyom, hemanjiom, nörofibrom), adezyonlar, lenfoid hiperplazi ve adenit, travma, çöliak hastalığı, intestinal duplikasyon ve Henoch-Schonlein purpurası ya da bizim hastamızda olduğu gibi Meckel divertikülüdür (8). İleri yaşlarda altta yatan neden daha çok malignensiler iken genç yaşlarda benign nedenler sorumludur.

Meckel divertikülü gastrointestinal kanalın en sık görülen konjenital anomalisidir. Toplumun %2-3'ünde görülür. En



**Figür 2. A. B. C. D.** Longitudinal kesitte; probun transversten longitudinaline doğru çevrilmesi ve gerçek zamanlı görüntülerde hareketli barsak anslarındaki görünüm değişikliklerinin ultrasonografik olarak izlenmesi.

sık görülen komplikasyonlar kanama, ince barsak obstrüksiyonları ve divertiküldir. Meckel divertikülü ince barsak lümeninde invajine ve inverte olabilir ve ileoileal veya ileokolonik invajinasyona neden olabilir (9). İnvajinasyonun neden olduğu kitlesel lezyon atipik klinik bulgularla birlikte. Sıklıkla parsiyel obstrüksiyona bağlı kramp tarzında karın ağrısı, bulantı ve kusmalara neden olur. Bulgular akut veya kronik (sürekli veya aralıklı) biçimde ortaya çıkabilir. Kronik invajinasyon bazen tanıdan önce 1 yıl kadar sürebilir. Olgumuzda şikayetlerin başlaması ile tanının konması arasında geçen süre 4 ay idi.

İnvajinasyonun neden olduğu kitlesel lezyon altta yatan neoplastik neden ile de ilişkili olabilir ve konstipasyon, kilo kaybı, melena veya palpabl abdominal kitle invajinasyondan ziyade neoplastik nedene bağlı olabilir (10). Meckel divertikülü sıklıkla kronik gastrointestinal kan kaybına neden olup tanısız zorluğa neden olabilir (11). İnvajinasyon tanısında ultrasonografi sık kullanılan bir yöntemdir.

Sagittal planda yapılan incelemede yalancı böbrek görünümü yüksek duyarlılık ve özgülüğe sahip olmasına rağmen patognomonik değildir. Transvers planda ise hedef tahtası ve öküzgözü görünümleri invajinasyon lehine değerlendirilir (12). Ultrasonografi ile sahte pozitif bulgular; kolonda yoğun feçes bulunması, perfore Meckel divertikülü, malrotasyonlar ve karın içi hematoma varlığında olabilir. Bu konudaki literatürler ultrasonografi ile doğru tanı oranını %30-35 arasında bildirmektedir (4,9,12,13). Bunda incelemeyi yapan hekimlerin tecrübesinin rolü olduğu düşünülmektedir. İnverte Meckel divertikülüne bağlı invajinasyonun tedavisi cerrahidir (11). Bu vakada invajine kısım manuel redükte edildikten sonra divertikül eksizyonu uygulanmış ve hasta başarıyla tedavi edilmiştir. Sonuç olarak yetişkin bir hastada 4 aydır devam eden şiddetli karın semptomları ve ileri incelemelere rağmen tanı gecikmiş ve abdominal ultrasonografinin akılcı kullanımı ile hızla tanı konulup tedavi yapılabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Turgeon DK, Barnett JL. Meckel diverticulum. *Am J Gastroenterol* 1990;85:777-81.
2. Arnold JF, Pellicane JV. Meckel's diverticulum: a ten-year experience. *Am Surg* 1997;63:354-5.
3. Toso C, Erne M, Lenzlinger P M, et al. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. *Swiss Med Wkly* 2005;135:87-90.
4. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:834-9.
5. Erkan N, Hacıyanlı M, Yıldırım M et al. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:452-6.
6. Prater JM, Olshemski FC. Adult intussusception. *Am Fam Physician* 1993;47:447-52.
7. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173:88-94.
8. Felix EL, Cohen MH, Bernstein AD, Schwartz JH. Adult intussusception: case report of recurrent intussusception and review of literature. *Am J Surg* 1976; 131:758-61.
9. Fortia A, Gatit E, Bendaoud M. Tetra-layered sign of adult intussusception (new ultrasound approach). *Ultrasound Med Biol* 2006;32:479-82.
10. Warshauer DM, Lee JK. Adult intussusception detected at CT or MR imaging: clinical-imaging correlation. *Radiology* 1999;212:853-60.
11. Rathore MA, Andrabi SI, Mansha M. Adult intussusception: a surgical dilemma. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 200;18:3-6.
12. Anderson DR. The pseudokidney sign. *Radiology* 1999;211:395-7.
13. Montali G, Croce F, De Pra L, Solbiati L. Intussusception of the bowel: a new sonographic pattern. *Br J Radiol* 1983;56:621-3.