

Juvenil Polibe Bağlı Tekrarlayıcı Rekto-Sigmoid İnvajinasyon: Olgu Sunumu

Recurrent Recto-Sigmoid Intussusception due to Juvenile Polyp: A Case Report

Sevim Ecem Ünlü Ballı, Gökhan Berktuğ Bahadır, Mehmet Bahadır Çalışkan, Hüseyin Emre Atasever, Gülenay Korkmaz, İlhami Sürer, Suzi Demirbağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

Öz

Çocukluk çağında anüsten prolabe olan rektosigmoid invajinasyonlar oldukça nadir olarak görülmektedir. Burada üç yaşında tekrarlayan rektal prolapsus ile karışan, sigmoid kolon yerleşimli bir juvenil polibe bağlı anüsten prolabe rektosigmoid invajinasyon olgusu tartışılmıştır. Çocukluk çağında rektosigmoid invajinasyonlar kolayca rektal prolapsus ile karışabilmektedir. Tekrarlayan rektal prolapsus olgularda rektosigmoid invajinasyonlar akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Kolonik Polip, İntusepsiyon, Rektal Prolapsus

Abstract

Rectosigmoid intussusceptions proliferating from the anus are very rare in childhood. Here, a three-year-old case with rectosigmoid invagination prolapsed through anus with sigmoid colon due to juvenil polip, confused with recurrent rectal prolapse, was discussed. In childhood, rectosigmoid intussusceptions can easily be confused with rectal prolapse. In recurrent rectal prolapse cases, rectosigmoid invaginations should be kept in mind.

Key Words: Child, Colonic Polyps, Intussusception, Rectal Prolapse

Giriş

İnvajinasyon çocukluk çağı cerrahi akut batın nedenleri arasında akut apandisitinden sonra ikinci sırada (1-4/2000) yer almaktadır. Bu yaş grubunda bağırsak obstrüksiyona yol açan patolojiler arasında ise birinci sıradadır (1,2). İnvajinasyonlar sıklıkla ileoçekal valv bölgesinde görülürken nadiren de olsa bu bölge dışında da bildirilmiştir. Çocukluk çağında en sık invajinasyon tipi ileokoliktir. Apandikolik, çekokolik ve kolokolik invajinasyon daha nadir görülmektedir ve genellikle patolojik tetik noktası ile ilişkilidir (2). İnvajinasyon olgularının klasik başvuru yakınmaları kramp tarzında karın ağrısı, safralı kusma, çilek jölesi görünümünde kanlı dışkılama ve fizik muayenede ele gelen kitle şeklindedir. Ancak bu dört klasik

semptomlar çocukların %25'inden daha azında görülmektedir. Tanı ve tedavinin gecikmesi halinde bağırsak iskemisinden peritonite, sepsise hatta ölüme bile neden olabilmektedir (3).

Literatürde çocuklarda polibe bağlı rektosigmoid bölgede yerleşen invajinasyon nadir gösterilmiştir (4). Çocuk hastada nadir görülen rektosigmoid bölgede polibe bağlı invajinasyon olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Acil servise başvuran, iki yaşında kız hasta bir haftadır devam eden kanlı ve mukuslu dışkılama yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde dikkat çekici özellik bulunmamaktaydı. Hastanın yapılan fizik incelemesinde genel durumu iyi, aktif, karın

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Gökhan Berktuğ Bahadır

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 532 598 05 00 E-posta: berktugg@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4250-9350

Geliş Tarihi/Received: 09.11.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 04.03.2022

©Telif Hakkı 2022 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Yayınlanan tüm içerik CC BY-NC-ND lisansı altındadır.

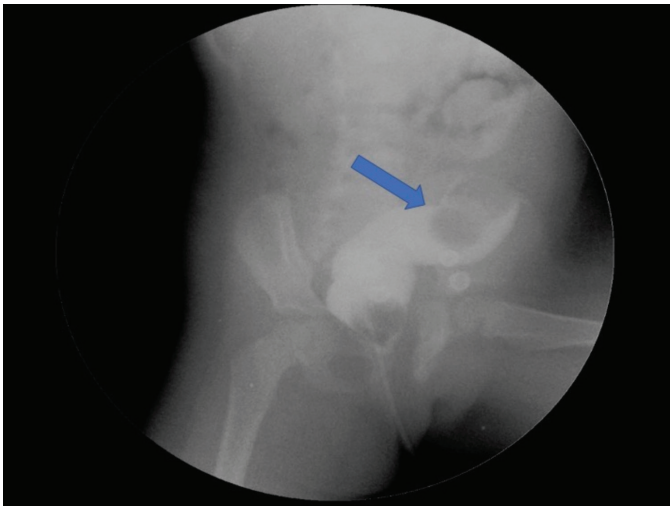


normal bombelikte, bağırsak sesleri doğal olarak değerlendirildi. Hastanın perineal muayenesinde anüsten prolabe olan yaklaşık 3 cm'lik bağırsak izlendi. Rektal prolapsus düşünülen hasta manuel olarak redükte edildi ve önerilerle evine gönderildi. Hasta benzer şikayetlerle üç gün sonra acile başvurması üzerine yapılan fizik incelemesinde rektal prolapsusun tekrarladığı gözlemlendi. Hastanın vital bulguları normal sınırlar içerisinde idi. Kan incelemesinde hemoglobin 11,2 g/dL (10,7-13,4 g/dL), beyaz küre 10.100 hücre/ μ L (4,31-11 hücre/ μ L), C-reaktif protein 1,3 mg/L (0-5 mg/L) olarak saptandı. Ayakta direkt batın grafisi normal olarak rapor edildi.

Ultrasonografik (USG) değerlendirme batındaki yoğun gaz nedeni ile tam olarak yapılamasa da, özellikle rektosigmoid bölgede bağırsak duvarları kalın, ödemli ve proksimal bağırsak segmentlerinde de dilatasyon varlığı rapor edildi. Karın ağrısının devam etmesi üzerine akut batın nedenlerini dışlama amaçlı intravenöz ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografi çekildi ve rektosigmoid invajinasyon tanısı koyuldu. Skopi altında hidrostatik redüksiyon ile invajine segment açıldı ve bağırsak lümenini tama yakın (Resim 1) tıkayan dolma defekti görüldü. Bunun üzerine rektosigmoidoskopiye karar verildi. Rektosigmoidoskopiye sigmoid kolonda bir adet 4 cm'lik saplı polip görülerek eksizye edildi. Yatışının beşinci günü aktif yakınması kalmayan ve önerilerle taburcu edilen hastanın polibinin histopatolojik değerlendirmesi; juvenil polip ile uyumlu olarak rapor edildi. Hastanın ailesinden yazılı onam alınmıştır.

Tartışma

Çocukluk çağında rektal prolapsus özellikle infantil dönemde kronik kabızlık, gastroenterit, kistik fibrozis gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Artan karın içi basıncına bağlı olarak mukozal katlantıların anüsten prolabe olması, inspeksiyonda anüsten



Resim 1: Floroskopi altında yapılan hidrostatik redüksiyon esnasında sigmoid kolonda dolma defekti oluşturan düzgün sınırlı lümeni tama yakın tıkayan (ok ile işaretli) kitle lezyon görülmektedir

prolabe olan invajinasyonla benzer görüntüde olduğu için kolayca karıştırılabilir (5). Rektal prolapsus tedavisinde öncelikle manuel redüksiyon ve dışkılamanın düzenlenmesi sıklıkla etkin bir tedavi sağlanabilir. Bunlara rağmen düzelmeyen nadir olgularda cerrahi planlanabilir.

İnvajinasyonun tedavisinde ise daha az invaziv olması nedeniyle; invajine segmentin yerine göre (kolonun etkilendiği invajinasyonlarda) öncelikle ultrason veya skopi eşliğinde hidrostatik veya pnömotik redüksiyon öncelikle uygulanmaktadır (6).

Olgumuzda da olduğu gibi kolokolik invajinasyon çok nadir görülmektedir (%2,5) ve genellikle patolojik tetik nokta ile ilişkilidir. Rektal prolapsusu taklit eden kolonik juvenil polibe bağlı rektosigmoid invajinasyon olguları literatürde oldukça nadir olarak bildirilmiştir (2,7).

Kolorektal polipler çocukluk çağında %1 oranında izlenir ve bu poliplerin, %90'dan fazlası juvenil polip olup sıklıkla rektosigmoid bölgede yerleşirler. Genellikle tek ve benign karakterli olan bu polipler kanama, anemi, polibin anüsden prolabe olması gibi sorunlara neden olurlar (2,7).

İnvajinasyon tanısında USG en sık kullanılan tanı yöntemidir. Deneyimli ellerde USG'nin sensitivitesi %98,5 spesifitesi ise %100'e kadar çıkabilmektedir (2). USG invajinasyon tanısını destekliyorsa, stabil olan çocuk hastalarda ilk olarak ultrason eşliğinde hidrostatik redüksiyon yapılabilir. USG'nin floroskopiye göre bir avantajı, nadir görülen ileo-ileal invajinasyonu teşhis edebilmesidir; ultrason ayrıca altta yatan tetik nokta noktasını belirleyebilir (8,9). Pelvis yerleşimli invajinasyonlarda ayırıcı tanıda USG'nin etkinliğinin düşük olduğu bildirilmiştir (2). USG, olgumuzda batın içi yoğun gaz nedeniyle invajinasyon tanısı koymakta yetersiz kalmıştır.

Bilgisayarlı tomografi rektosigmoid invajinasyonlu olgularda invajine segmentin yerini, tetik noktasının varlığını göstermekte oldukça etkindir. Olgumuzun bilgisayarlı tomografisinde rektosigmoid invajinasyonun seviyesi net olarak belirtilmişken, tetik noktası gösterilememesini, oluşan kitle (intussuseptum) içerisindeki tetik noktasının rektum distali ve anal kanal içerisinde sıkışmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

İnvajinasyonların tedavisinde pnömotik veya hidrostatik redüksiyon yaygın olarak kullanılmaktadır. Olgumuzun skopi altında yapılan hidrostatik redüksiyonunda tetikleyici noktanın gösterilmesi hastaya etkin bir tedavi planlamasının yapılmasını sağlamıştır.

Rektosigmoidoskopi; rektosigmoid invajinasyon olgularında, özellikle polip varlığında, hem tanı hem de tedavi için uygulanabilen bir yöntem olması ve açık cerrahiye göre daha az invaziv olması nedeniyle öncelikle denenmelidir (10).

Juvenil polip nedeniyle ortaya çıkan rektosigmoid invajinasyonlar çocuklarda ender de olsa rastlanabilir (11).

Özellikle tekrarlayan rektal prolapsus düşünülen olgularda rektosigmoid invajinasyon ayırıcı tanıda akılda bulundurulması uygun olacaktır.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulunun dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D., Dizayn: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D., Veri Toplama veya İşleme: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D., Analiz veya Yorumlama: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D., Literatür Arama: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D., Yazan: S.E.Ü.B., G.B.B., M.B.Ç., H.E.A., G.K., İ.S., S.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma herhangi bir kurum, kuruluş ya da kişi tarafından finanse edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Çalışkan B, Güven A, Atabek C, et al. Childhood invaginations. *Gulhane Med J.* 2007;49:236-239.
2. Tennant S, Halliday K. Intussusception mimicking rectal prolapse. *Pediatr Radiol.* 2008;38:700-702.
3. Tianyi FL, Kadia BM, Dimala CA, et al. Delayed diagnosis of transanal prolapse of an ileo-colic intussusception in a month-old infant in rural Cameroon: a case report. *BMC Res Notes.* 2017;10:521.
4. Frydman J, Ben-Ishay O, Kluger Y. Total ileocolic intussusception with rectal prolapse presenting in an adult: a case report and review of the literature. *World J Emerg Surg.* 2013;8:37.
5. Younes ZH, Johnson DA, Dimick L. Sigmoido-anal intussusception presenting as rectal prolapse: role of endoscopic diagnosis. *Gastrointest Endosc.* 1998;47:561-563.
6. Chew R, Ditchfield M, Paul E, et al. Comparison of safety and efficacy of image-guided enema reduction techniques for paediatric intussusception: A review of the literature. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2017;61:711-717.
7. Thakkar K, Fishman SD, Gilger MA. Colorectal polyps in childhood. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24:632-637.
8. Charles T, Penninga L, Reurings JC, et al. Intussusception in Children: A Clinical Review. *Acta Chir Belg.* 2015;115:327-333.
9. Edwards EA, Pigg N, Courtier J, et al. Intussusception: past, present and future. *Pediatr Radiol.* 2017;47:1101-1108.
10. Takahashi T, Miyano G, Kayano H, et al. A child with colo-colonic intussusception due to a large colonic polyp: Case report and literature review. *Afr J Paediatr Surg.* 2014;11:261-263.
11. Gryboski JD, Barwick KW. Juvenile polyps and ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1987;6:811-814.