

Case Report / Olgu Sunusu

Ultrasonografide Nadir Gösterilebilen Parazite Sekonder İnvajinasyon Vakası

A Case of Intussusception Secondary to Parasite Infection Rarely Shown By Ultrasound

Ahmet Orhan Çelik¹, Samet Özer²

¹ Tokat Devlet Hastanesi
Tokat -Türkiye
² Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tokat -Türkiye

Corresponding Author:

Dr. Ahmet Orhan Çelik

Tokat Devlet Hastanesi,
Merkez/Tokat

E-mail:

aorhancelik@gmail.com

Tel: +905067021866

Özet

İnvajinasyon yaşamın ilk yıllarında en fazla abdominal cerrahi gerektiren hastalıkların başında gelir. Meydana gelmesinde birçok faktör tespit edilmiştir. Ancak bazı vakalarda neden saptanamamaktadır. Özellikle ilk iki yaşta sıklığı artış göstermektedir. İnvajinasyon 2 yaş sonrası çocuklarda ve erişkinlerde de izlenebilmektedir. Erişkinlerde ve geç çocukluk dönemlerinde başta malign hastalıklar olmak üzere tetikleyici bir lezyonun olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Tedavi şikayetin süresine, invajine segmentin uzunluğuna, yerine ve diğer klinik verilerin birlikte değerlendirilmesine göre yapılır.

Anahtar Kelimeler: invajinasyon, parazit, ultrasonografi

Abstract

Intussusception is the leading cause of abdominal surgery in the first years of life. Many factors have been identified as part of the disease process; however, in some cases, the cause cannot be determined. Its incidence is increasing, especially within the first two years of life, and can be seen in children more than two years of age and even in adults. For adults and those in late childhood, it should be kept in mind that the underlying lesion could be malignant. Treatment is performed according to the duration of complaints, the length and location of the invaginated segment, and the consideration of other clinical data.

Key Words: intussusception, parasite, ultrasonography

Başvuru Tarihi/Received :

14-12-2013

Düzeltilme Tarihi/Revised:

05-01-2014

Kabul Tarihi/Accepted:

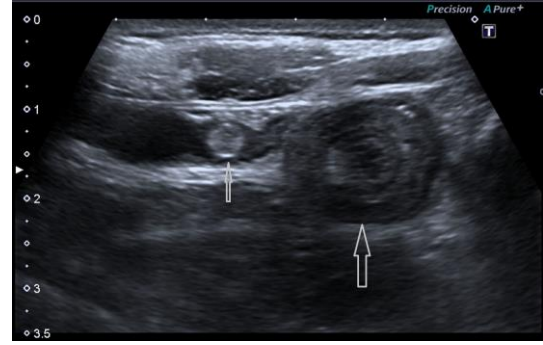
12-01-2014

Giriş

İnvajinasyon proksimal barsak segmentinin distal barsak ansı içerisine girmesidir(1). En sık 3-24 aylık bebeklerde izlenmektedir(2,3). Oluşum şekline göre 4'e ayrılır. İdiyopatik, kronik, postoperatif, tetikleyici noktası bulunan gibi tipleri vardır(2,3,4). Bu olgularda izlenen en sık klinik bulgular kramp tarzı karın ağrısı, çilek jölesi şeklinde dışkı, kusma ve ele gelen kitledir(5,6). %80 ileokolik, % 10-15 ileoileal ve % 2-4 kolokoliktir(7). İnvajinasyon nedeni ilk 3 yaşta % 90 oranında saptanamazken yaş büyüdükçe tetikleyici neden saptanabilirliği artmaktadır. Meckel divertikülü, polipler, hemofili, barsak duplikasyonları, Henoch Schönlein Purpurası, kistler, nörofibromlar ve paraziter hastalıklar saptanabilen nedenler arasındadır(8).

Olgu

On yaşında erkek hasta acil birimine tekrarlayan ve kıvrandıran karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede orta hatta palpasyon ile ağrı dışında belirgin bir özellik saptanmadı. Laboratuvar testlerindeki lökosit değerlerinin yüksekliği ve ağrı şikayetinin geçmemesi nedeni ile akut apandisit ön tanısı ile abdominal ultrasonografi (US) tetkiki istendi. Yapılan US tetkikinde batın orta hatta umblikus inferiorunda 'target sign' izlendi. Verilen pozisyonlar ile bir barsak segmentinin 4-5cm'lik kısa bir segment boyunca distal barsak ansı içerisine girdiği saptandı. İleoileal invajinasyon olarak değerlendirildi. Olgu yaklaşık 40 dakika boyunca gözlemlendi ve invajine segmentin kısa bir süreliğine düzeldiği ancak tekrar oluştuğu görüldü. Yapılan prob manevraları sırasında invajinasyonun hemen proksimalinde barsak içi uzanım gösteren tubuler hiperekojen, ortasında lineer hipoekoik hat bulunan bir yapı görüldü. Başı ve sonu izlenebilen tubuler yapının parazit olabileceği düşünülerek rapor hazırlandı. (Resim 1,2,3) Ailesi tarafından dış merkeze götürülen olgunun dış merkezde laboratuvar tetkiki ve fizik muayenesi yapıldı. Bir günlük yatışın ardından şikayetlerinin ve laboratuvar bulgularının düzelmesi nedeni ile taburcu edildi.



Resim 1. Uzun ok invajinasyonu (target sign) gösteriyorken kısa ok invajinasyonun hemen proksimalindeki barsak ansının içerisindeki parazitin kısa aks görüntüsünü göstermekte

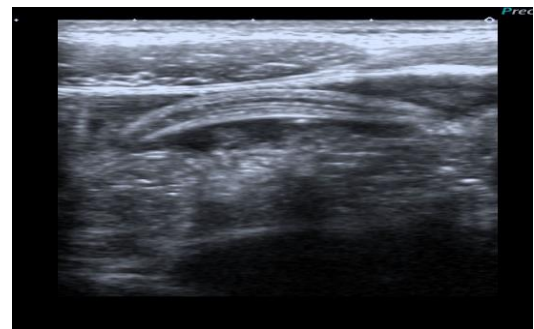


Resim 2. Parazitin ileal ans içerisinde uzun aks US görüntüleri



Resim 3. Parazitin ileal ans içerisinde uzun aks US görüntüleri

Bu dönemde dış merkezde cerrahi ya da radyolojik müdahale yapılmadı. 40 gün sonra tekrar karın ağrısı ile başvuran olguda US tetkiki tekrarlandı ve parazit görünümünün sebat ettiği ancak invajinasyon görünümünün ve ödemli barsak segmentlerinin regresyon gösterdiği saptandı (Resim 4).



Resim 4. İnvajinasyon sonrası 40 gün

Gerekli tahliller sonrasında olguya albendazol tedavisi verildi. Olgunun tedavi sırasında dışkıında paraziti görmesi ile paraziter hastalık tanısı kesinleşti.

Tartışma

Karın ağrısı ile gelen pediatrik olgularda hem klinisyenin hem de radyoloğun aklına gelmesi gereken tanılardan birisi de invajinasyondur. Tipik bulgular sadece üç olgunun birinde saptanmaktadır(9). Çoğu olguda semptom ve bulgular nonspesifiktir. Röntgenogramlarda barsak hava-sıvı seviyesi izlenebilmektedir. Ancak tanısız bir değeri yoktur. Tanı koyulmasında X ışını içeren en önemli tetkik bilgisayarlı tomografidir (5,10,11). Ancak US tetkiki radyasyon içermemesi nedeni ile pediatrik vakalarda direkt grafi sonrası ilk başvuru yöntemidir. US tetkiki invajinasyon tanısını koymada oldukça etkindir. Tetkikin duyarlılığı %98, özgüllüğü ise %88'dir (12,13).

İnvajinasyon tedavisi olgunun özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Eskiden sadece cerrahi müdahale ile tedavi edilirken günümüzde cerrahi dışı teknikler ya da laparoskopik cerrahi işlemler uygulanmaktadır(14,15). Cerrahi dışı teknikler rektumdan baryumlu veya baryumsuz sıvı ya da hava uygulanması şeklindedir. Cerrahi dışı tekniklerde %10 civarında erken dönem rekürrens görülebilmektedir(16).

İnvajinasyon tedavisi sürecinde özellikle 5 yaş ve üzeri olgularda tetikleyici faktör araştırılmalıdır. Lenfoid hiperplazi ve tümörler, Meckel divertikülü, lipomlar ve polipler sıklıkla saptanabilen nedenler arasındadır(8). İnvajinasyon sebeplerinden parazitler ise genellikle kitle etkisi oluşturarak invajinasyona neden olabilmektedir. Kitle etkisi oluşturmadan saptamak oldukça zordur. Literatürde ultrason ile saptanabilen intestinal parazitlerin başında ascariasis gelmektedir. Sonografik bulguları genellikle orta kesimde hipoekoik hat izlenen hiperekojen tubuler bir yapı olarak tarif edilmiş olup olgumuzda da benzer özellikler izlenmiştir(17). Bizim vakamızdaki gibi US tetkikinde saptanabilen intestinal parazit

vakaları literatürde oldukça az sayıda olup bizim vakamızda da buna dikkat çekilmektedir.

Kaynaklar

- 1-Elebut EA, Adesola AO. Intussusception in Western Nigeria. Br J Surg 1964; 51:440-4.
- 2- Hamby LG, Fowler CL, Pokony WJ. Intussusception. In: Donellan WL, editor. Abdominal surgery of infancy and childhood. 2nd edition. Luxembourg: Harwood academic publishers; 2001. p. 42/1-42/19.
- 3-Tangi VT, Bear JW, Reid IS, Wright JE. Intussusception in Newcastle in a 25 year period. Aust N Z J Surg 1991;61:608-13.
- 4- Kilic N, Kiristioğlu I, Kırkpınar A, Doğruyol H. A very rare cause of intestinal atresia: intrauterine intussusception due to Meckel's diverticulum. Acta Paediatr 2003;92:756-7.
- 5-Wang LT, Wu CC, Yu JC, Hsiao CW, Hsu CC, Jao SW: Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. Dis Colon Rectum 2007;50:1941-1949.
- 6-Begos DG, Sandor A, Modlin IM: The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg 1997;17:88-94
- 7- Zorludemir Ü, Yücesan S ve Olcay I. İnvajinasyon: 168 hastanın klinik değerlendirmesi. Pediatrik Cerrahi Dergisi 1987;2:81-9.
- 8-Kombo LA, Gerber MA, Pickering LK, Atreya CD, Breiman RF. Intussusception, infection, and immunization: summary of a workshop on rotavirus. *Pediatrics*. 2001;108:e37.
- 9- World Health Organization, Initiative for Vaccine Research Department of vaccines and Biologicals. Acute intussusception in infants and children. Incidence, clinical presentation and management: a global perspective. WHO/V&B/02.19. 2002.
- 10- Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA: Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. World J Gastroenterol 2009;15:1985-1989.
- 11- Wang N, Cui XY, Liu Y, Long J, Xu YH, Guo RX, Guo KJ: Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. World J Gastroenterol 2009;14:3303-3308
- 12-Byrne AT, Geoghegan T, Govender P, Lyburn ID, Colhoun E, Torreggiani WC. The imaging of intussusception. Clin Radiol 2005;60:39-46.
- 13- Tiao MM, Wan YL, Ng SH, Ko SF, Lee TY, Chen MC, et al. Sonographic features of small-bowel intussusception in pediatric patients. Acad Emerg Med 2001;8:368-73.
- 14- Bonadio WA. Intussusception reduced by barium enema Outcome and short-term follow-up. Clin Pediatr (Phila) 1988; 27: 601-604.
- 15- Lui KW, Wong HF, Cheung YC, See LC, Ng KK, Kong MS, Wan YL. Air enema for diagnosis and reduction of intussusception in children: clinical experience and fluoroscopy time correlation. J Pediatr Surg 2001; 36: 479-481.
- 16- Yoon C, Kim H, Goo H. Intussusception in children US-Guided pneumatic reduction-initial experience. Radiology 2001; 218: 85-88.
- 17- Balakumar K. Ultrasound diagnosis of intestinal ascariasis. Indian J Radiol Imaging 2005;15:107-8