

# **Yanıt: İleal Lenfomaya Bağlı Gelişen İleokolik İntususepsiyon**

## **Answer: İleocolic Intussusception Due to Ileal Lymphoma**

**Salih Akşit\***

**Tankut Tokatlıoğlu\***

**Eyüp Kebabçı\*\***

**Mustafa Ölmez\*\***

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir

\* Radyoloji Bölümü

\*\* Genel Cerrahi Bölümü

Başvuru tarihi: 28.09.2004

**İzmir Tepecik Hast Derg 2005;15(2):136-137**

Olgumuzun kontrastlı batın BT'sinde subhepatik bölgede transvers kolon ve ileoçekal valv arasında, çapsal genişleme, sirküler tarzda iç içe geçen lümen ve santralde mezenter yağ dokusu ile intususepsiyon görüntülenmektedir (Resim 1). İleokolik intususepsiyonun, transvers kolonun orta seyirine kadar uzandığı göze çarpmaktadır. Pasajı sağlayan lümen santralde ince olarak izlenmektedir. İleoçekal bölgede periluminal, boyutları 0.5-1 cm arasında değişen çok sayıda lenf bezi mevcuttur (Resim 2). Kolonoskopide, çıkan kolonda lümenin 2/3'ünü kaplayan yaklaşık 5-7 cm çapında, yüzeyi düzensiz, lobule, eksuda ile örtülü ülser alanları olan kitle tespit edilmiştir (Resim 3). Ayrıca olgumuza, USG, baryum enema kolon grafisi, MRG tetkikleri de yapılmış olup, patolojik görünüm belirlenmiştir.

Cerrahi rezeksiyon sonrası histopatolojik inceleme sonucu, terminal ileum yerleşimli low-grade MALT non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve reaktif lenf bezleri olarak rapor edilmiştir.

İntususepsiyon, proksimal bir barsak segmentinin, distal bir diğer barsak segmenti içine doğru yer değiştirmesidir. Sıklıkla pediatrik yaş grubunda izlenir, erişkinlerde nadirdir (1). Yerleşim yerlerine göre 3 kategoriye ayrılırlar: Enteroenterik, ileokolik, kolokolonik (2). Çoğunlukla

birleşme noktaları ve serbest barsak segmentleri arasında intususepsiyon gelişmektedir. Bizim vakamızda da görülen ileokolik tip tüm intususepsiyonların %15'ini oluşturur. Erişkin intususepsiyonlarının %70-90'ında patolojik lezyon olan bir kılavuz noktası mevcuttur (1-3). İntususepsiyonlar neoplazik, non-neoplazik sebeplere bağlı olabilir. Non-neoplazik sebepler, adezyon, postoperatif komplikasyon, Meckel divertikülü, lenfoid hiperplazi, lenfadenitis, travma, Çöliak hastalığı, duplikasyon ve Henoch Schönlein purpurası olup, erişkinlerde %15-25 sıklıkla görülürler (4). Adenokarsinom, metastazlar, lenfoma, daha az sıklıkla lipoma, schwannoma, glomus tümörü, hamartom neoplazik sebeplere örneklerdir (5). İncebarsak intususepsiyonlarının %52'si benign sebeplerden kaynaklanır. Malign sebeplerin başında metastatik lezyonlar gelir (1). Kolon intususepsiyonlarında tersi durum gözlenmiş olup, %68 malign sebepler bulunmuştur. Bunlar içinde de kolon adenokarsinomları başta gelmektedir (6).

Lenfomalar, erişkinlerde, incebarsak malign tümörlerinin %10-15'ini oluşturur. Lenfomalar, lenfoid dokunun barsakta en yaygın bulunduğu ileumda daha sıklıkla görülür. Bunlar primer ya da sistemik hastalığın parçası olabilir (7). Primer gastrointestinal sistem (GİS) NHL'ları, bütün

NHL'ların %4-20'sini oluşturur. Mide, GİS lenfomaların en çok tutulduğu organdır. *Helicobacter pylori*, immunsupresyon (transplant hastalar), HIV, Çöliak hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları GİS lenfomaları için risk faktörleridir. Büyük oranda GİS lenfomaları "low-grade" histopatolojidedir ve çoğunlukla mukoza ile ilgili lenfoid dokudan gelişir (MALT). Tedavide cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi uygulanır (8).

Erişkinlerdeki intususepsiyon semptomları non spesifiktir. Barsak obstrüksiyonuna bağlı olarak, karın ağrısı ve/veya bulantı, kusma önde gelen bulgulardır. Daha az sıklıkla abdominal kitle, GİS kanaması gözlenir. Azar ve arkadaşlarının çalışmasına göre benign sebebe bağlı olarak gelişen intususepsiyonlarda bulantı, kusma ve karın ağrısı görülürken, malign sebebe bağlı olanlarda ise melena gözlenmiştir (1).

Preoperatif intususepsiyon tanısında birkaç radyolojik yöntem kullanılabilir. Bunlar arasında BT, baryum enema çalışması, abdomen USG, direkt grafi, radyonüklid çalışmalar ve MRG yer almaktadır. Ayrıca endoskopi intususepsiyon tanısında yararlıdır. Ancak gerçek preoperatif tanı intususepsiyonlu hastaların %32'sinde konulabilmektedir (1). Klinik tablo obstrüktif semptomları gösteriyorsa, direkt grafi bize intususepsiyon tanısında yardımcı olabilir. Abdomen USG yüksek sensitivite göstermektedir. USG'de "pseudo kidney" (target) görünümü, hipokoik dış halka, hiperekoik santral bölge olarak görülür. Bu karakteristik görünüm dışında multiple konsantrik halka, yarımay görüntüsü, sandöviç görüntüsü de izlenebilir (9). BT preoperatif tanı için en değerli yöntemdir (6). Karakteristik olarak target (hedef) görüntüsü BT ve USG'de gösterilebilmektedir. İntususseptum, hedef görüntüsünün merkezini oluşturmaktadır. Ödemli intususepsiens, dış halkayı oluşturmaktadır. İntususepsiens ile birlikte mezenterik yağ da düşük dansitede görülebilir. Kontrast tutan mezenterik damarlar taniya katkıda bulunur. BT'de hedef görüntüsüne benzer görüntü iskemi, neoplazm ve inflamatuvar barsak hastalıklarında da izlenebilir (10).

Bütün yazarlar, intususepsiyon sebebinin malign olması durumunda rezeksiyon uygulanmasında hem fikirlerdir. Erişkinlerde malignensi insidansının yüksek olması ve redüksiyonda transperitoneal "seeding" olabilmesi sebebiyle rezeksiyon önemlidir. Hatta inflame veya iskemik barsak segmentleri olan olgularda veya kolonik intususepsiyonlarda, perforasyonu engellemek için redüksiyon yapılmaksızın rezeksiyon önerilmektedir. Bazı benign vakalarda (örn: postoperatif adezyon) intraoperatif redüksiyon uygulanabilir (2).

#### KAYNAKLAR

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226: 34-138.
2. Begos D, Sandor A, Modlin I. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173:88-94.
3. Agha FP. Intussusception in adults. *AJR Am J Roentgenol* 1986;146:527-531.
4. David M, Joseph L. Adult intussusception detected at CT or MR imaging. *Radiology* 1999;212:853-860.
5. Seong Ho Park, Joo Koo Han. Unusual gastric tumors. *Radiographics* 1999;19:1435-1446.
6. Nina D, Micheal G. Intussusception in adults. *The Mount Sinai J Med* 1999;66:336-340.
7. Hasan A, Aslan S. Ileocolic intussusception due to ileal lymphoma. *Turk J Gastroenterol* 2002;41: 236-238.
8. Crump M, Gospodorarowicz M. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin Oncol* 1999;26(3):324-337.
9. Gloria P, Jose A. Intussusception in children. *Radiographics* 1999;19:299-319.
10. Paul S, Wendelin H. Abdominal case of the day. *AJR* 1990;154:1325-1330.

---

#### Yazışma adresi:

Dr. Salih AKŞİT

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi

Radyoloji Anabilim Dalı Yenışehir, İzmir

Tel: 0 232 345 91 36

E-mail: aksalih2003@yahoo.com

---