

Ileus Obstruksi Parsial akibat Intususepsi *Ileocaecal* dan Tumor *Colon Ascendens* pada Pasien Perempuan Dewasa

Jefri Wijaya^{1*}

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta, Indonesia

ARTICLE INFO

Article history:

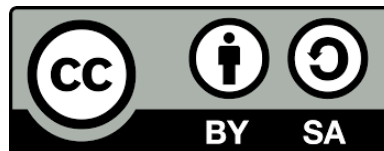
Received: November 29, 2024

Revised: March 3, 2025

Accepted: April 9, 2025

Available online: May 26, 2025

Keywords: exploratory laparotomy, intussusception, obstructive ileus



This is an open access article under the [CC BY-SA](#) license.

Copyright © 2025 by Author. Published by Medical Faculty and Health Sciences, Krida Wacana Christian University

ABSTRACT

Introduction: Intussusception is a rare condition in adults. It can cause ischemic necrosis, perforation, and peritonitis. **Objective:** This case report highlights the clinical presentation, diagnosis, and management of bowel obstruction due to intussusception in an adult. **Case Illustration:** A 43-year-old female patient presented with watery stools mixed with blackish blood, abdominal pain, vomiting, and decreased appetite. Abdominal examination revealed mild distension, reduced bowel sounds, generalized tenderness, and a firm, mobile mass (10 × 10 × 5 cm) in the right lower quadrant. Digital rectal examination showed a dilated rectal ampulla, extra luminal protrusion, and blackish blood-stained feces. Imaging studies confirmed a high-level obstruction and ileocecal intussusception with bowel wall edema. The patient was diagnosed with partial bowel obstruction. **Discussion:** This unusual case involves a localized tumor in the ascending colon acting as a lead point, leading to ischemia and mucosal necrosis. Accurate diagnosis in adults relies on timely imaging examinations. While plain radiography (BNO) may show signs of intestinal obstruction, its sensitivity is limited. Initial management focuses on stabilizing the patient's condition by using a gastric tube for decompression, providing intravenous fluids for rehydration, administering analgesics and antibiotics, and, if appropriate, performing a barium or air enema to help reposition the affected segment. Prompt management is essential to prevent serious complications. **Conclusion:** Adult intussusception is rare and requires diagnosis through history, physical examination, and radiologic studies. Management involves initial medical stabilization and surgical intervention.

1. PENDAHULUAN

Intususepsi didefinisikan sebagai masuknya satu segmen usus ke segmen lainnya. Proses intususepsi, jika tidak terdiagnosis dan ditata laksana lebih awal, dapat menyebabkan obstruksi arteri, nekrosis usus, perforasi, dan kematian.¹ Intususepsi jarang ditemukan pada orang muda dan dewasa. Intususepsi umumnya ditemukan pada usia 2-12 bulan dan laki-laki.² Penelitian yang dilakukan oleh O’Ryan dan rekan-rekannya terhadap kasus intususepsi di Rumah Sakit Santiago pada tahun 2000–2001 melaporkan bahwa insidens intususepsi pada anak berusia kurang dari 12 bulan mencapai 55 per 100 ribu kelahiran hidup, sementara pada usia 12–24 bulan insidensnya sebesar 35 per 100 ribu kelahiran hidup. Secara umum, insidens intususepsi bervariasi antara 1 hingga 4 per seribu kelahiran hidup, dengan insidens pada anak laki-laki tercatat empat kali lebih tinggi dibandingkan pada anak perempuan.³

Intususepsi pada dewasa umumnya disebabkan oleh kondisi patologis lumen usus, seperti neoplasma jinak atau ganas. Pada usus halus, sekitar 50% kasus berkaitan dengan neoplasma jinak, seperti divertikulum Meckel atau polip, sedangkan lebih dari 87% kasus di bagian usus besar disebabkan oleh neoplasma ganas, dengan adenokarsinoma sebagai penyebab utama.⁴⁻⁷ Meskipun intususepsi jarang terjadi pada dewasa, namun, dapat menyebabkan nekrosis iskemik

*Corresponding author

E-mail addresses: Jefry.wijaya@ukrida.ac.id

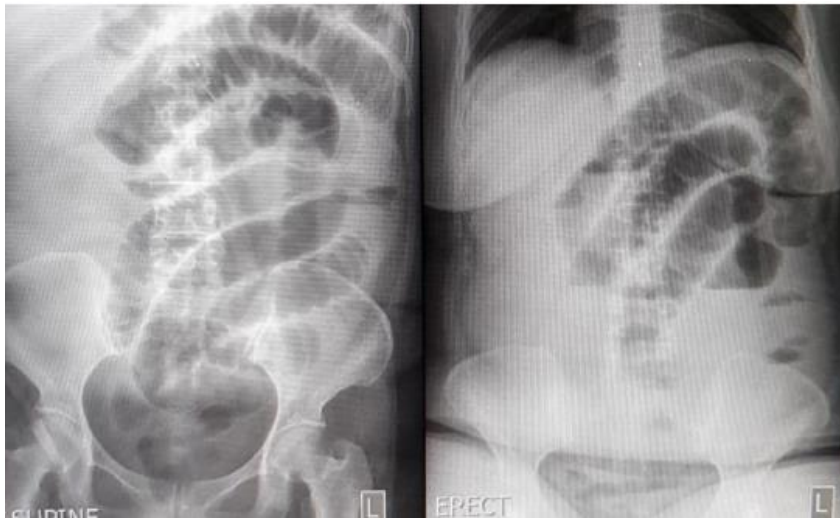
sampai perforasi dan peritonitis. Oleh karena itu, laporan kasus ini dibuat untuk memberikan informasi gambaran klinis ileus obstruksi akibat intususepsi pada pasien dewasa mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang serta tata laksana awal hingga utama.

2. ILUSTRASI KASUS

Seorang perempuan berusia 43 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan diare disertai *hematochezia* sejak lima hari yang lalu. Pasien memiliki riwayat perut kembung yang telah berlangsung selama tiga bulan dan semakin memberat dalam lima hari terakhir. Pasien juga mengeluhkan nyeri perut bersifat kolik, disertai mual dan muntah sebanyak tiga kali per hari sejak lima hari terakhir. Nafsu makan menurun, tetapi tidak disertai demam. Riwayat penyakit kuning disangkal. Terdapat riwayat hemoroid satu tahun yang lalu. Pasien tidak memiliki keluhan terkait buang air kecil. Pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, dengan kesadaran *compos mentis* dan status gizi cukup. Tanda-tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 86 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Status lokalis, pemeriksaan kepala, leher, dan toraks dalam batas normal. Pada pemeriksaan *abdomen*, inspeksi menunjukkan distensi ringan tanpa peristaltik atau kontur usus yang tampak. Tidak ditemukan pelebaran vena superfisial. *Auskultasi* menunjukkan penurunan bising usus. Pada palpasi, teraba massa di kuadran kanan bawah *abdomen*, dengan konsistensi padat, ukuran sekitar 10 × 10 × 5 cm, batas tegas, permukaan rata, *mobile* terhadap jaringan sekitarnya, serta nyeri tekan di seluruh dinding *abdomen*, terutama di regio kanan bawah. Perkusi menunjukkan pekak di atas massa dan timpani di area sekitarnya, disertai nyeri ketuk. Akral teraba hangat dengan perfusi perifer cukup. Pada pemeriksaan *digital rectal touché* (DRT), ditemukan tonus *sphincter ani* meningkat, ampula rekti mengalami dilatasi, dengan permukaan mukosa licin. Teraba tonjolan ekstralumen pada arah jam 9-12 (kanan atas rektum). Sarung tangan pemeriksa menunjukkan feses bercampur darah kehitaman tanpa lendir. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan lekositosis (12.700/ μ L). Radiografi *abdomen* proyeksi *anteroposterior supine* dan *erect* (Gambar 1) menunjukkan dilatasi usus halus, tanpa gambaran udara bebas subdiafragmatik (*cupola sign*) atau pneumoperitoneum. Kontur preperitoneal *fat line* di sisi kanan terlihat jelas, sedangkan di sisi kiri tampak samar. Visualisasi kedua ginjal dan preperitoneal *fat line* terhalang oleh udara dalam usus. Struktur tulang tampak baik tanpa kelainan. Kesan dari temuan ini adalah adanya obstruksi usus halus tanpa tanda pneumoperitoneum. *CT scan abdomen* tanpa kontras (Gambar 2) menunjukkan adanya *gastric tube* dengan ujung berada di gaster. Kolon ascendens tampak melebar, menunjukkan dilatasi, serta ditemukan dilatasi usus halus dengan *small bowel feces sign*. Selain itu, ditemukan kista ginjal kanan, sementara organ-organ lain dalam rongga abdomen, seperti hati, kandung empedu, pankreas, limpa, kelenjar adrenal, aorta, kelenjar limfatik, dan vesika urinaria, tampak dalam ukuran normal tanpa kelainan signifikan. Tidak ditemukan lesi patologis atau tanda-tanda inflamasi seperti ascites atau efusi pleura. Kesan temuan pencitraan mengarah pada diagnosis intususepsi *ileocaecal* dengan obstruksi kolon ascendens, disertai *bowel wall edema* pada kolon ascendens dan usus halus di sisi proksimal, serta kista ginjal kanan.

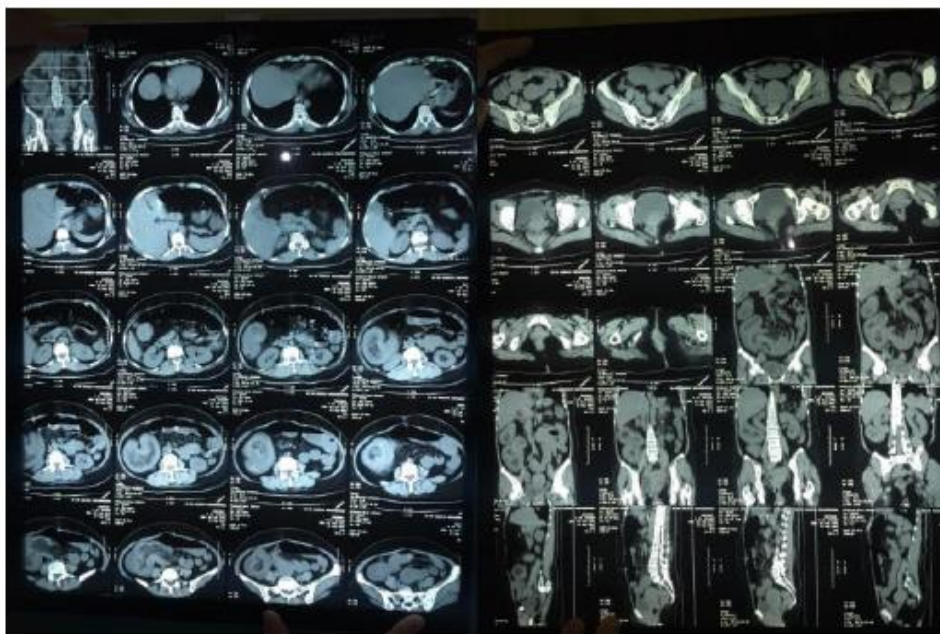
Gambar 1.

Foto polos abdomen 3 posisi dengan gambaran ileus obstruksi letak tinggi



Gambar 2.

CT-scan abdomen tanpa kontras

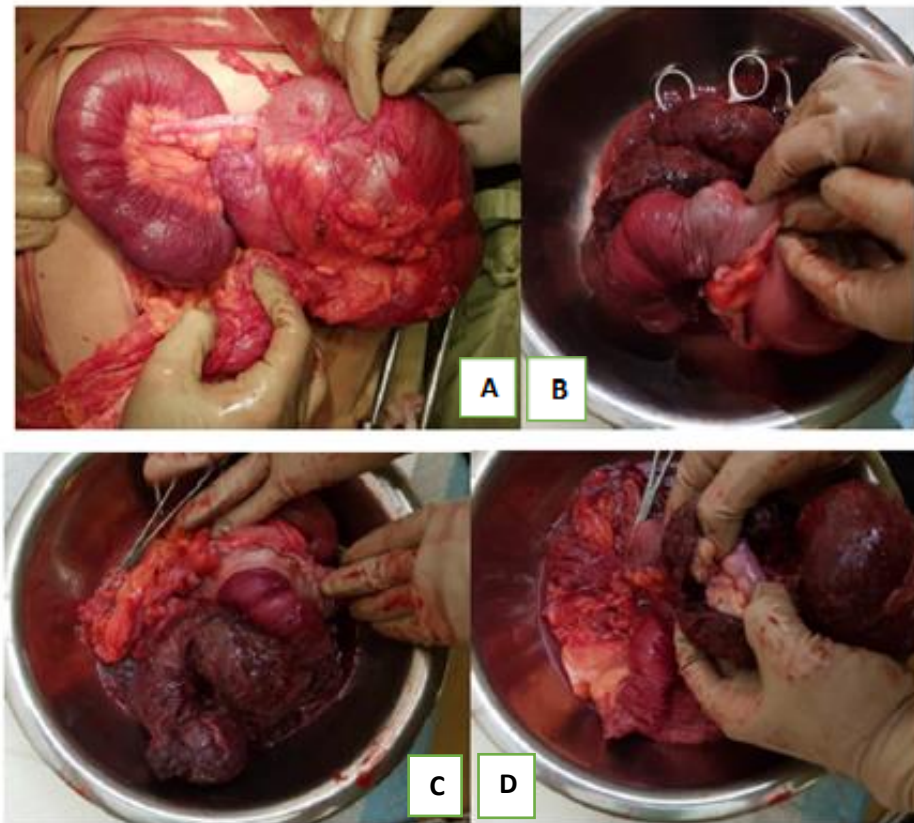


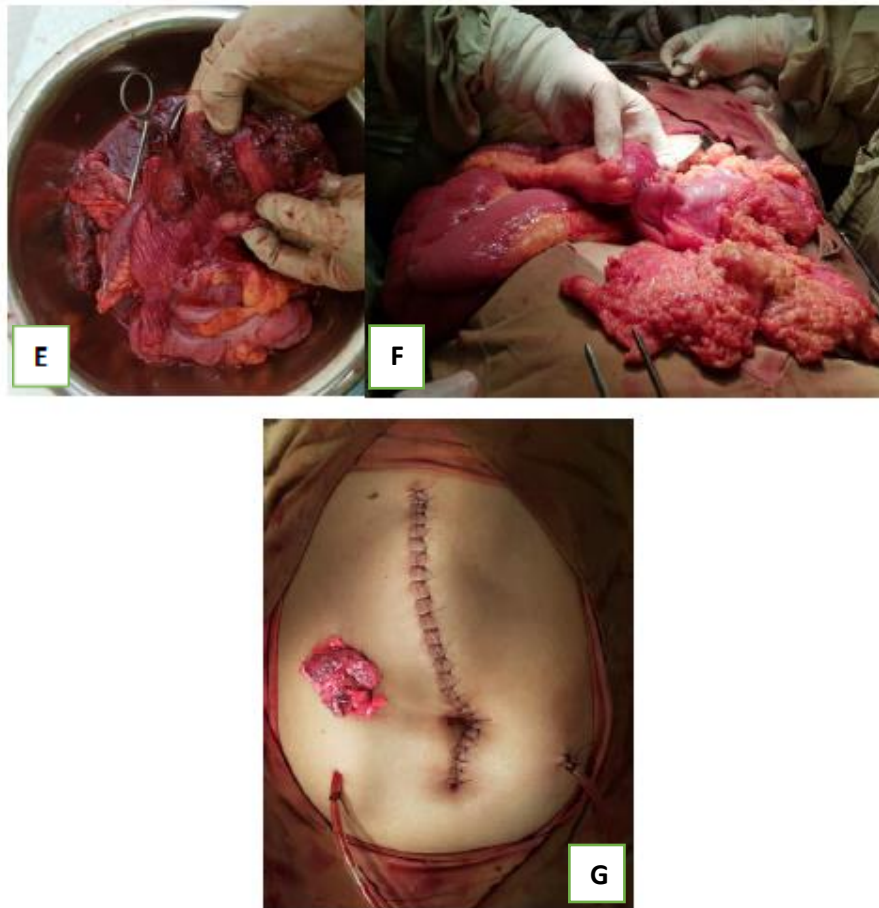
Tata laksana awal meliputi dekompresi gastrointestinal, resusitasi cairan, dan pemberian antibiotik empiris. Tata laksana definitif dilakukan melalui laparotomi eksplorasi, reseksi, dan prosedur Bishop-Koop. Pada eksplorasi intraoperatif (Gambar 3), ditemukan intususepsi ileocaecal, di mana ileum mengalami invaginasi ke dalam caecum, membentuk massa yang memanjang hingga sepertiga proksimal kolon transversum. Terdapat dilatasi berat pada caecum hingga kolon transversum, disertai robekan luas pada serosa serta nekrosis pada segmen intususeptum (ileum). Berdasarkan temuan tersebut, dilakukan reseksi segmen ileocaecal hingga sepertiga proksimal kolon transversum, diikuti dengan prosedur Bishop-Koop, yaitu anastomosis end-to-side antara ileum dan kolon transversum, serta pembuatan stoma (kolostomi) dari segmen kolon transversum. Paskaoperasi, kondisi pasien stabil. Hasil pemeriksaan histopatologi tidak menunjukkan adanya keganasan. Pasien dipulangkan pada hari ke-5 paskaoperasi dengan stoma, serta dijadwalkan kontrol ke poliklinik bedah dua minggu kemudian untuk evaluasi luka operasi dan pelepasan jahitan.

Gambar 3.

Temuan operasi

(A) Dilatasi hebat caecum (B) Robekan luas serosa kolon ascenden (C) Kolon ascenden dibuka, tampak ileum di dalamnya (D) Kolon ascenden dibuka, tampak massa tumor (E) Tampak sebagian mukosa ileum nekrotik (F) Dilatasi hebat dari caecum sampai 1/3 proksimal kolon transversum (G) Tampak jahitan mediana, sebelah kanan tampak stoma yang berasal dari segmen kolon trasversum, tampak 2 buah drain di bagian bawah perut





3. PEMBAHASAN

Invaginasi atau intususesepti jarang menjadi penyebab obstruksi usus pada orang dewasa, dengan insidensi dilaporkan sekitar 5% dari semua kasus obstruksi usus dan hanya 1% dari seluruh kasus intususesepti. Invaginasi atau intususesepti lebih sering ditemukan pada anak usia 2–12 bulan dengan insidens pada laki-laki empat kali lebih tinggi dibandingkan perempuan.¹⁻³ Kasus ini menjadi istimewa karena terjadi pada usia dewasa dan pada perempuan, dua kelompok yang jarang terkena kondisi ini.

Sebagian besar kasus pada dewasa bersifat sekunder akibat lesi patologis, berbeda dengan kasus pediatrik yang umumnya bersifat idiopatik. Pada dewasa, sekitar 70-90% kasus intususesepti disebabkan oleh kelainan patologis pada lumen usus, dengan neoplasma sebagai penyebab terbanyak. Neoplasma jinak seperti polip atau lipoma lebih sering ditemukan pada usus halus, sedangkan neoplasma ganas, terutama adenokarsinoma, lebih dominan pada kolon.⁴⁻⁷ Patofisiologi intususesepti akibat neoplasma melibatkan gangguan motilitas usus dan efek massa dari tumor yang bertindak sebagai titik invaginasi, menyebabkan prolaps segmen proksimal ke dalam segmen distal. Dalam kasus ini, tumor kolon asenden yang berbentuk sirkumskrip dan menutupi sebagian lumen diduga berperan sebagai titik *lead point* invaginasi, yang akhirnya menyebabkan iskemia dan nekrosis mukosa.

Diagnosis intususesepti ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang berupa laboratorium dan radiologi. Secara klinis, kondisi ini ditandai oleh trias gejala yang khas. Gejala awal berupa nyeri perut mendadak yang bersifat hilang timbul, dengan periode bebas nyeri berlangsung sekitar 10–20 menit sebelum nyeri kembali muncul. Selain itu, pada pemeriksaan fisik dapat teraba massa berbentuk seperti *curved sausage* di beberapa lokasi, seperti kuadran kanan atas, kanan bawah, tengah atas, kiri bawah, atau kiri atas abdomen. Gejala lainnya adalah adanya buang air besar bercampur darah dan lendir, yang dikenal dengan istilah tinja *red currant jelly*.^{2,8-10} Pada pemeriksaan fisik abdomen, dapat teraba massa di

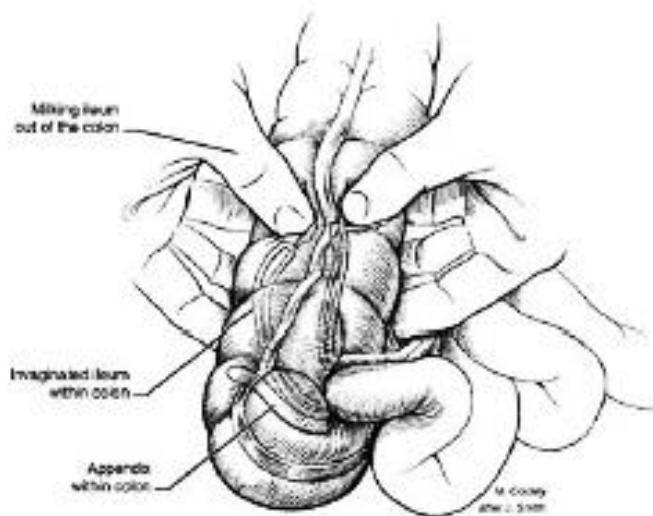
kuadran kanan atau kiri atas, meskipun tanda-tanda dan gejala obstruksi usus belum jelas terlihat. Sebaliknya, palpasi di bagian bawah perut terasa kosong, yang dikenal sebagai tanda Dance (*Dance's sign*). Pada pemeriksaan colok dubur, dapat ditemukan darah segar disertai lendir, dan terkadang terdapat feses.^{2,11-13} Meskipun trias klasik intususepsi terdiri dari nyeri perut mendadak, massa berbentuk *curved sausage*, dan tinja *red currant jelly*, manifestasi klinis pada dewasa sering kali tidak khas. Sebagian besar pasien mengalami nyeri perut kronik atau subakut yang menyerupai obstruksi usus akibat adesi atau tumor primer. Pada kasus ini, pasien menunjukkan tanda klasik berupa nyeri perut, massa teraba di perut kanan bawah, dan feses cair bercampur darah kehitaman, yang mengindikasikan perdarahan mukosa akibat invaginasi.

Pemeriksaan pencitraan memainkan peran penting dalam diagnosis intususepsi pada dewasa. Radiografi polos (BNO) dapat menunjukkan tanda obstruksi usus, tetapi memiliki sensitivitas yang rendah.^{8,10} Pada foto polos abdomen (BNO), dapat ditemukan tanda obstruksi usus seperti massa abdominal, distribusi udara dan feses yang abnormal, distensi usus dengan udara, gambaran *Herring bone*, serta *air-fluid level*. Selain itu, tanda perforasi mungkin terlihat sebagai adanya udara bebas di rongga abdomen.^{4,9,10,14} *CT scan* merupakan modalitas pilihan dengan sensitivitas lebih dari 80%, menunjukkan gambaran khas *target sign* atau *sausage-shaped mass* akibat lapisan usus yang saling bertumpuk.^{4,8,15} Dalam kasus ini, *CT scan abdomen* menunjukkan intususepsi *ileocaecal* dengan edema dinding usus, serta ileus obstruksi yang mengarah pada diagnosis definitif.

Prinsip tata laksana awal adalah perbaikan keadaan umum pasien dengan pemasangan sonde lambung untuk dekompresi dan mencegah aspirasi, rehidrasi dengan cairan intravena, pemberian analgesik, antibiotik, dan bila tidak ada kontraindikasi, dapat dilakukan tindakan reposisi dengan enema barium atau udara.^{4,8,10,16} Tata laksana intususepsi pada dewasa hampir selalu memerlukan intervensi bedah, karena reposisi non-operatif dengan enema umumnya tidak berhasil akibat adanya penyebab organik. Indikasi tindakan pembedahan meliputi obstruksi total, iskemia usus, perforasi, atau kegagalan reposisi manual. Laparotomi eksplorasi tetap menjadi standar untuk kasus dengan komplikasi iskemik, sementara pendekatan laparoskopik dapat dipertimbangkan untuk kasus tanpa nekrosis usus. Usus yang mengalami intususepsi dijangkau secara hati-hati dan reduksi dilakukan dengan lembut, dengan langkah sebagai berikut: usus bagian distal ditekan ke arah apeks disertai tarikan lembut dari usus proksimal untuk membantu reduksi seperti terlihat pada gambar 4.^{10,17-19}

Gambar 4.

Teknik reduksi manual atau *milking*¹⁰(gambar digunakan dengan ijin)

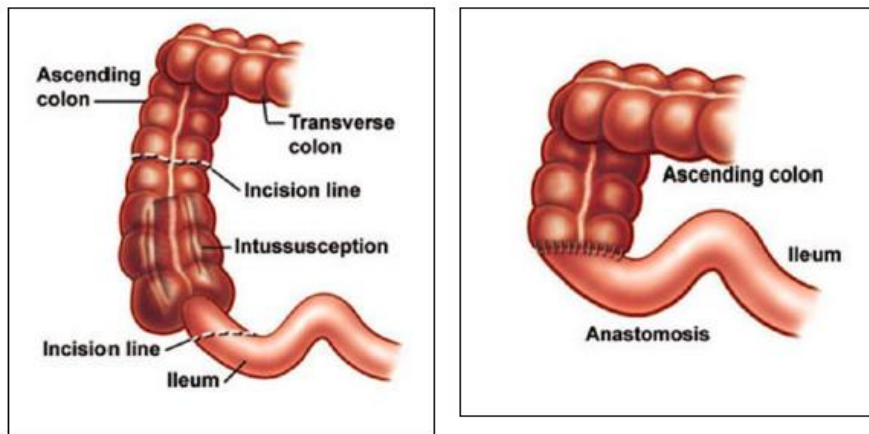


Reseksi usus segmental dapat menjadi pilihan terapi apabila reduksi tidak memungkinkan atau ditemukan adanya nekrosis usus setelah proses reduksi. Umumnya, batas reseksi ditentukan sejauh 10 cm dari tepi segmen usus yang terkena, atau setidaknya 30 cm di sisi proksimal dari

lesi.¹⁹⁻²⁰ Setelah reseksi, dilakukan anastomosis, baik secara *end-to-end* maupun *side-to-side* (Gambar 5). Namun, jika kerusakan usus cukup luas dan bagian usus yang harus direseksi sangat banyak, anastomosis *end-to-end* tidak dapat dilakukan. Dalam kondisi tersebut, prosedur kolostomi dengan metode Bishop-Koop menjadi pilihan untuk mempertahankan fungsi saluran pencernaan.^{10,17-19} Dalam kasus ini, dilakukan reseksi segmen *ileocaecal* hingga kolon transversum proksimal, diikuti dengan prosedur Bishop-Koop untuk mempertahankan fungsi gastrointestinal. Prognosis pasien dengan intususepsi tanpa keganasan umumnya baik, dengan tingkat keberhasilan operasi mencapai lebih dari 90% jika tidak ada komplikasi iskemik atau perforasi.

Gambar 5.

Reseksi usus segmental dan anastomosis end to end¹⁰ (gambar digunakan dengan ijin)



4. KESIMPULAN

Intususepsi pada dewasa merupakan penyebab obstruksi usus yang jarang, tetapi harus dipertimbangkan terutama pada pasien dengan riwayat massa *abdomen* atau perdarahan *gastrointestinal*. Diagnosis dini dengan *CT scan* sangat penting untuk menentukan tata laksana yang tepat. Pada kasus dengan *lead point* patologis, pembedahan menjadi pilihan utama. Studi lebih lanjut diperlukan untuk mengevaluasi pendekatan minimal invasif dalam manajemen intususepsi dewasa.

5. DAFTAR PUSTAKA

1. Sjamsuhidajat R, de Jong W, Haryadi A, Soetopo B, Reksodiputro A, Sutedja B. Buku ajar ilmu bedah. 4th ed. Vol. 3. Jakarta: EGC; 2017:239–52 p. 14.
2. Djaya AMES. Diagnosis dan tata laksana intususepsi. CDK [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 24];46(3):189–92. Available from: <https://cdkjournal.com/index.php/cdk/article/download/495/454/506>
3. Brill A, Lopez RA. Intussusception in adults [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan [updated 2023 Aug 7; cited 2024 Nov 28]. 5 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545264/>
4. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS. Nelson ilmu kesehatan anak esensial. 8th ed. Singapore: Elsevier; 2020:497–540 p. 44.
5. Mayo Clinic. Intussusception [Internet]. Arizona: Mayo Clinic; 2023 [cited 2024 Apr 24]. Available from: [https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/intussusception/symptoms-causes/syc-20351452#:~:text=Intussusception%20\(in%2Dtuh%2Dsuh](https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/intussusception/symptoms-causes/syc-20351452#:~:text=Intussusception%20(in%2Dtuh%2Dsuh)
6. Kim KH. Intussusception in adults: a retrospective review from a single institution. Open Access Emerg Med [Internet]. 2021 Jun 14 [cited 2024 Apr 24];13:233–7. Available from: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S313307>

7. Tarchouli M, Slaoui M, Ait Bouzid A, Essarghini M, Ratbi MB. Adult intussusception: an uncommon condition and challenging management. *Visc Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 24];37:120–6. Available from: <https://doi.org/10.1159/000514368>
8. Paulsen F, Waschke J. *Sobotta atlas anatomi manusia*. 24th ed. Singapore: Elsevier; 2019:314–26 p. 13.
9. Sherwood L. *Fisiologi manusia: dari sel ke sistem*. 9th ed. Jakarta: EGC; 2018:641–701 p. 61.
10. Anderson DM, Keogh J, Sherer P. *Kamus kedokteran Dorland*. 30th ed. Jakarta: EGC; 2020:406 p. 1.
11. Schunke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. *Prometheus: atlas anatomi manusia*. Jakarta: EGC; 2021:28–39 p. 12.
12. Chahine AA, Johnson E, LaPlace D. Intussusception [Internet]. *Medscape Reference*; 2018 [cited 2024 Nov 28]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/930708-overview>
13. Álvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Pimienta-Ibarra AS, Vergara-Fernández O, Salgado-Nesme N. Adult intussusception: still a challenging diagnosis for the surgeon. *Rev Gastroenterol Méx*. 2023 [cited 2024 Apr 24];88:315–21. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-adult-intussusception-still-challenging-diagnosis-articulo-S225534X22000731>
14. Ignacio RC, Ashcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ. Intussusception. In: *Ashcraft's pediatric surgery*. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2020:223–9 p. 7.
15. Fallan ME, Engle WA, Heiss KF, Bensard DD. Intussusception in pediatric surgery. In: *Ashcraft's pediatric surgery*. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2020:230–5 p. 6.
16. Al-Radaideh AM, Omari HZ, Bani-Hani KE. Adult intussusception: A 14-year retrospective study of clinical assessment and computed tomography diagnosis. *Acta Gastroenterol Belg* [Internet]. 2018 Jul-Sep [cited 2024 Apr 24];81(3):367–72. PMID: 30350523. Available from: <https://www.ageb.be/ageb-journal/ageb-volume/ageb-article/58/>
17. Rijal AMM, Gani AB, Tulak PS, Adnan E, Erida B. Karakteristik pasien ileus obstruksi di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar tahun 2019-2021. *Prepotif J Kesehatan Masyarakat* [Internet]. 2024 Apr [cited 2024 Nov 28];8(1):1044–53. Available from: <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/download/27190/19182/90107>
18. Landa K, Zollinger RM, Ellison EC, Zollinger JJ, Evers BM. *Zollinger's atlas of surgical operations*. 11th ed. North Carolina: McGraw Hill; 2023:600–700 p. 101.
19. Aydin N, Roth A, Misra S. Surgical versus conservative management of adult intussusception: case series and review. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2016 Feb [cited 2024 Nov 28];20:142–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.01.019>
20. Maghrebi H, Makni A, Rhaïem R, Atri S, Ayadi M, Jrad M, et al. Adult intussusceptions: clinical presentation, diagnosis and therapeutic management. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2017 Mar [cited 2024 Nov 28];33:163–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.02.009>