

Abdominal Koza Sendromu: İki Olgu Sunumu

Burhan Hakan Kanat*, Fatih Mehmet Yazar*, Mehmet Buğra Bozan*, Zeynep Özkan*, Fatih Erol*,
Yılmaz Bilgiç**

*S.B. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, **Gastroenteroloji Kliniği

ÖZET

Abdominal koza, primer ya da sekonder olarak bağırsak anslarının bir kısmının veya tamamının fibrokollajenöz bir membranla sarılması sonucu akut veya subakut intestinal obstrüksiyon bulguları ile karşımıza çıkan ender bir ileus nedenidir. Kliniğimize ileus bulguları ile başvurarak abdominal koza nedeniyle opere ettiğimiz iki hastayı sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: İleus, akut karın, abdominal koza

SUMMARY

Abdominal Cocoon Syndrome: Report of Two Cases

Abdominal cocoon, is a rare cause of ileus which is seen primary or secondary with acute or subacute intestinal obstruction symptoms because of all or part of intestine covered with fibrocollagenose membrane. We are presenting two patient whom operated because of abdominal cocoon admitting with ileus symptoms.

Key words: Ileus, acute abdomen, abdominal cocoon

GİRİŞ

İlk kez 1868 yılında tarif edilmiş olan abdominal koza (AK) için; sklerozan enkapsüle peritonit, primer sklerozan peritonit ya da idyopatik sklerozan peritonit adları da eş anlamlı olarak kullanılan tanımlamalardır ^(1,2).

Akut veya subakut intestinal obstrüksiyonla seyreden ender bir durum olan AK, bağırsak anslarının bir kısmının veya tümünün fibrokollajenöz bir membran tarafından sarılmasıyla karakterizedir. Bu durum, idiyopatik-primer formda görülebileceği gibi, abdominal cerrahi, kronik periton diyalizi, karaciğer nakli, ventriküloperitoneal şant gibi girişimlere ve ilaçlara sekonder olarak da görülebilir ⁽³⁾.

Çalışmamızın amacı; ileus bulguları nedeniyle ameliyat edilen ve eksplorasyonda AK tespit edilen 2 olguyu literatür eşliğinde sunmaktır.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1: Altmış dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık 2 gündür karın ağrısı, bulantı-kusma ve gaz-gaita yapamama yakınması ile acil servise getirildi. Öyküsünde uzun zamandır benzer yakınmalarının olduğu, ancak

bu kez daha şiddetli olduğunu belirtti. Özgeçmişinde evre-1 böbrek yetmezliği vardı ve soygeçmişinde ise özellik yoktu.

Hastanın fizik bakışında; distansiyonu mevcuttu. Dinlemekle metalik tınlama bulgusu vardı. Palpasyonda sağ alt kadranda kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı 18400/mm³, Üre 85 mg/dL ve kreatinin düzeyi 1.83 mg/dL olup, diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Ayakta direkt karın grafisinde ince bağırsak düzeylerinde yaygın hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. PA akciğer grafisinde özellik yoktu. Yapılan karın ultrasonografi (USG) tetkikinde karın yoğun gazlı olup, bağırsaklar dilate görünümdeydi. Karın alt kadranda sıvı mevcuttu.

Hasta ileus tanısı ile servise yatırılarak nazogastrik dekompresyon ve sıvı-elektrolit resusitasyonu yapıldı. Bir günlük takibinde kliniği düzelmeyen hasta anestezi kliniği ile konsülte edildi. Riski ASA III olarak belirlendi. Tek doz 3. kuşak sefalosporin antibiyotik profilaksisinin ardından hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınarak ameliyata alındı. Genel anestezi uygulanmasını takiben orta hat göbek

Alındığı Tarih: 28.10.2013

Kabul Tarihi: 20.05.2014

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Burhan Hakan Kanat, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, 23100-Elazığ

e-posta: ku318@myynet.com

altı ve üstünü içerecek bir insizyon yapıldı. Yapılan eksplorasyonda ince bağırsakların dilate olduğu ve trietz ligamentinden yaklaşık 100 cm'den başlayarak terminal ileuma kadar ince bağırsakların yer yer zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu ve bu zarın kapsülasyon oluşturduğu izlendi (Resim 1a-1b). Kapsül disseke edilerek bantlar ayrıldı ve tüm ince bağırsaklar serbest hâle getirilerek ameliyat tamamlandı.



Resim 1a ve 1b. Eksplorasyon bulgusu; eksplorasyonda ince bağırsakların yer yer zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu ve bu zarın kapsülasyon oluşturduğu görülmektedir.

Ameliyat sonrası 3. gün gaz-gaita çıkışı oldu ve nazogastrik sondası çekildi. Dördüncü gün sıvı rejim başlandı. Beşinci gün karın içi dreni alındı ve hasta ameliyat sonrası 8. gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Olgu 2: Yirmi dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık 4 gündür karın ağrısı, bulantı-kusma ve gaz-gaita yapamama yakınması ile acil servise getirildi. Öyküsünde yaklaşık 10 yıldır zaman zaman benzer yakınmalarının olduğu, ancak bu kez daha şiddetli olduğunu belirtti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın fizik bakışında; inspeksiyonda sol üst kadranda daha belirgin olmak üzere distansiyonu mevcuttu. Dinlemekle metalik tınlama bulgusu vardı ve yaygın hassasiyeti ve istemli defansı mevcuttu. Palpasyonda sol üst kadranda kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı 17300/mm³ olup, diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Ayakta direkt karın grafisinde kolonik ve ince bağırsak düzeylerinde yaygın hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. PA akciğer grafisinde özellik yoktu. Yapılan karın ultrasonografi (USG) tetkikinde karın yoğun gazlı olup, bağırsak peristaltizmi bozulmuştu. Acil şartlarda çekilen karın tomografisinde (BT) kolon ansları kollabe görünümde olup, ince bağırsak ansları terminal ileum düzeyine kadar en geniş yerinde yaklaşık 7 cm ölçülmüş olup, bu düzeyde kalibrasyon ani azalma mevcuttu. Tomografi sonucuna göre brid ileus ya da internal herniasyon olabileceği düşünüldü.

Hasta akut karın-ileus tanısı ile servise yatırılarak anestezi kliniği ile konsülte edildi. Anestezi riski ASA II olarak belirlendi. Tek doz 2. kuşak sefalosporin antibiyotik profilaksisinin ardından hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınarak ameliyata alındı. Genel anestezi uygulanmasını takiben orta hat göbek altı ve üstünü içerecek bir insizyon yapıldı. Yapılan eksplorasyonda bağırsakların dilate olduğu, ince bağırsaklarda yer yer fibrotik yapışıklıklar olduğu izlendi. Kolonun mobil olduğu ve sağ kolonun sol üst kadrana doğru yer değiştiği görüldü. Çekum, çıkan kolon ve transvers kolonun zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu ve bu zarın kapsülasyon oluşturduğu izlendi (Resim 2). Kapsül disseke edilmeye çalışıldı ancak içindeki anslar oldukça yapışık. Bu nedenle sağ hemikolektomi kararı alınarak hastaya sağ hemikolektomi, uç-yan ileotransverstomi yapıldı. Ameliyat sonrası 3. gün nazogastrik sondası çekildi ve 4. gün sıvı rejim başlandı. Beşinci gün karın içi drenleri alındı ve hasta ameliyat sonrası 7. gün sorunsuz



Resim 2. Eksplorasyon bulgusu; eksplorasyonda çekum, çıkan kolon ve transvers kolonun zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu ve bu zarın kapsülasyon oluşturduğu görülmektedir.

bir şekilde taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu Crohn hastalığı ile uyumlu geldi ve hasta gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi.

TARTIŞMA

Abdominal koza ender görülen ince bağırsak obstrüksiyonu nedenlerinden olup, idiyopatik ve sekonder form olarak sınıflandırılır ⁽⁴⁾. Literatürde bazı yazılarda peritoneal enkapsülasyon ve AK ayrı antiteler olarak değerlendirilmiş, bazılarında ise aynı tanımlamalar için kullanılmıştır ^(1,2,5). Ayrıca AK'yı sklerozan enkapsüle peritonitin idiyopatik formu olarak da tanımlanmıştır ⁽⁴⁾.

En sık görülen form idiyopatik form olup, gerçek insidans bilinmemektedir. Sekonder forma neden olan faktörler arasında periton diyalizi, abdominal tüberküloz, beta bloker kullanımı, ventriküloperitoneal, peritoneovenöz şant, ortopedik transplantasyon, retrograd menstruasyon, retrograd peritonit, batin ameliyatı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, peritoneal inflamasyona yol açan aktif safra yolu infeksiyonları sayılabilir ^(2,3). AK ile ilgili literatürdeki tek insidans periton diyalizi hastalarındaki sıklığın % 1,4 ile % 7.3 arasında olduğudur ⁽²⁾. Hastalardan ilkinde evre 1 böbrek yetmezliği vardı, ancak AK idiyopatik olarak değerlendirildi. İkinci hasta ise ameliyat sonrası Crohn tanısı aldı ve sekonder form olarak değerlendirildi.

Abdominal kozanın genelde genç adölesan kadınlarda bildirilmişse de her iki cinsten ve her yaşta karşılaşılabilen bir hastalıktır ^(2,6). İki hastamız da erkek olup, bu açıdan göreceli olarak daha az rastlanan gruba girmektedir.

Hastalar çoğunlukla akut karın tablosuyla başvururlar. Preoperatif tanısı oldukça zordur. Yip ve Lee ⁽⁷⁾ ameliyat öncesi teşhis için 4 ana klinik özellik belirtmişler. Bunlar; belirgin bir neden olmaksızın bağırsak tıkanıklığı olan oranla genç bir kadın hasta, benzer semptomatik ataklar öyküsü, barsak tıkanıklığı ve şişkinlik yakınması ile gelmek ve muayenede hassas olmayan kitle varlığıdır ⁽⁶⁾. Bu bilgiler doğrultusunda hastalarımızı retrospektif olarak değerlendirdiğimizde bu bulgulardan cinsiyet hariç diğer üçüne sahipti. Ancak ameliyat öncesi aklımıza tanı gelmedi, tanıyı laparotomi ile koyduk.

Ultrasonografide dilate ince bağırsak ansları, intraperitoneal ekojenik bantlar, membran formasyonu görülebilir. BT'de akordiyon deseni veya karnabahar işareti izlenebilir. Kontrast maddenin ince barsaktan geçişinde gecikme, dilate bağırsak anslarının bir yerde toplanması, bağırsakların etrafında zar oluşumu, duvar kalınlaşmaları, lokalize sıvı koleksiyonu, peritoneal kalınlaşma ve kontrastlanma BT görülebilen diğer özelliklerdir ⁽⁸⁾. BT bu açıdan ameliyat öncesi tanıda yararlıdır. İlk hastamızda eksplorasyon kararı verdiğimizden ve evre 1 böbrek yetmezliği mevcut olduğundan BT çekmedik. Diğer hastamıza BT çekilmesine rağmen, radyografik inceleme sonucunda ön tanılarımız arasında AK Sendromu mevcut değildi.

Abdominal koza tedavisinde tercih edilen yöntem yapışıklıkların açılması, membranın total veya parsiyel çıkarılmasıdır ⁽⁶⁾. Rezeksiyon ender olarak gerekebilir ⁽⁴⁾. Bu olgulardan ilki yapışıklıklar açılarak tedavi edildi, ancak diğerine rezeksiyon gerekti.

SONUÇ

Sonuç olarak, abdominal koza ameliyat öncesi tanı konması zor olan, ender rastlanan bir hastalıktır. Özellikle bağırsak tıkanıklığı nedeni ile gelen genç kadınlarda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

KAYNAKLAR

1. Cleland J. On an abnormal arrangement of the peritoneum with remarks on the developments of the mesocolon. *J Anat Physiol* 1868;2:201-206.
2. Kaplan M, Atabek NM, Salman B, Durmuş O, Abbasova A, Mustafayev X. Bir olgu nedeniyle sklerozan enkapsüle peritonit. *Genel Tıp Derg* 2002;12(4):147-150.
3. Chew MH, Sophian Hadi I, Chan G, Ong HS, Wong WK. A problem encapsulated: the rare peritoneal encapsulation syndrome. *Singapore Med J* 2006;47(9):808-810.
4. Kılıç M, Keşkek M, Yodlaş Ö ve ark. İntestinal obstrüksiyonun nadir bir sebebi. *Selçuk Tıp Derg* 2007;23:147-150.
5. Gökçora İH, Güleç S, Özdamar Ş. Peritoneal Enkapsülasyon ve Abdominal Koza. *T Kİ Tıp Bil Araş Dergisi* 1988;6(1):28-35.
6. Yeniay L, Karaca CA, Çalışkan C, ve ark. Abdominal cocoon syndrome as a rare cause of mechanical bowel obstruction: report of two cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(6):557-560. <http://dx.doi.org/10.5505/tjtes.2011.39018>
7. Yip FW, Lee SH. The abdominal cocoon. *Aust N Z J Surg* 1992;62:638-642. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.1992.tb07536.x>
8. Wani I, Ommid M, Waheed A, Asif M. Tuberculous abdominal cocoon: original article. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16(6):508-510.