

İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYONUN NADİR BİR SEBEBİ: ABDOMİNAL COCOON

Mehmet KILIÇ, Mehmet KEŞKEK, Ömer YOLDAŞ, Tamer ERTAN, Erdal GÖÇMEN, Mahmut KOÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET:

Amaç: Cerrahi aciller içerisinde sıkça rastlanılan intestinal obstrüksiyonun sebebi genellikle intestinal adezyonlar ve boğulmuş fitiklardır. Abdominal cocoon veya sklerozan enkapsüle peritonit ise intestinal obstrüksiyonun nadir sebeplerindendir. İdiyopatik formu abdominal cocoon olarak bilinir ve karakteristik olarak ince barsaklar koza benzeri fibrokollajenöz membranla sarılmıştır. **Olgu Sunumu:** İntestinal obstrüksiyon nedeniyle başvuran 35 yaşındaki erkek hastaya laparotomi yapıldı. Ameliyat sırasında hemen tüm ince barsakların fibröz bir kese ile sarıldığı ve barsaklar arasında yoğun fibröz yapışıklıklar olduğu gözlemlendi. Künt ve keskin diseksiyonla kapsül ve adezyonlar açıldı. **Sonuç:** Tedavide ince barsaklar arasındaki ve çevresindeki fibröz kese ve bantların açılması yeterli olup, mümkün olduğunca sınırlı biridektomi ve rezeksiyon yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Abdominal cocoon, intestinal obstrüksiyon.

Selçuk Tıp Derg 2007; 23: 147-150

SUMMARY

An unusual cause of intestinal obstruction: Abdominal Cocoon

Aim: Intestinal obstruction is a commonly encountered surgical emergency, and usually occurs secondary to intestinal adhesions, bands and obstructed hernia. However, at times, rare causes of intestinal obstruction may be encountered such as the abdominal cocoon, also known as sclerosing encapsulating peritonitis, which is a rare condition that is characterized by the encasement of the small bowel by a fibrocollagenic cocoon like sac. **Case Report:** A 35 years old male patient was operated for intestinal obstruction. During the the surgery, it was observed that all the small intestines were engaged in a fibrous case and dense adhesions were present between the intestines. Capsule and adhesions were separated by blunt and sharp dissections. **Conclusion:** Separation of the fibrous sac and bands between the intestines is the sufficient treatment, bridectomy and resections must be as limited as possible

Key words: Abdominal cocoon, Intestinal obstruction.

Haberleşme Adresi : **Dr. Mehmet Kılıç**

Kuşcağız Mah., Bayramiç Sk. Umut Apt. 25/6 06290, Keçiören/ANKARA

e-posta: **mkilic69@yahoo.com**

Geliş Tarihi: **15.12.2006**

Yayına Kabul Tarihi: **15.03.2007**

Cerrahi aciller içerisinde sıkça rastlanılan intestinal obstrüksiyonun sebepleri genellikle intestinal adezyonlar ve boğulmuş fitiklardır. Sklerozan enkapsüle peritonit ise intestinal obstrüksiyonun nadir sebebidir (1,2). Sklerozan enkapsüle peritonit etiolojik faktörlere göre idiyopatik ve sekonder olarak sınıflandırılır. İdiyopatik form abdominal cocoon olarak bilinir ve ilk olarak Foo ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (2,3). Tropikal ve subtropikal bölgelerdeki genç bayanlar asıl etkilenenlerdir, ama nadiren erkek vakalar ve ılıman bölgelerde yetişkin vakalar da bildirilmiştir (2,4,5). Karakteristik olarak bu hastalarda ince barsaklar kısmi veya bütün olarak koza benzeri fibrokollojenik membran ile sarılmıştır. Genellikle kolik tarzda karın ağrısı, bulantı, kusma ve bazen karın orta kısmında kitle saptanabilir. Tanı genellikle laparotomi ile konulur ve operasyon sırasında gözlenen fibröz kapsülün, incebarsaklar arası adezyonların serbestleştirilmesi tedavi için yeterli olur (2,4-6).

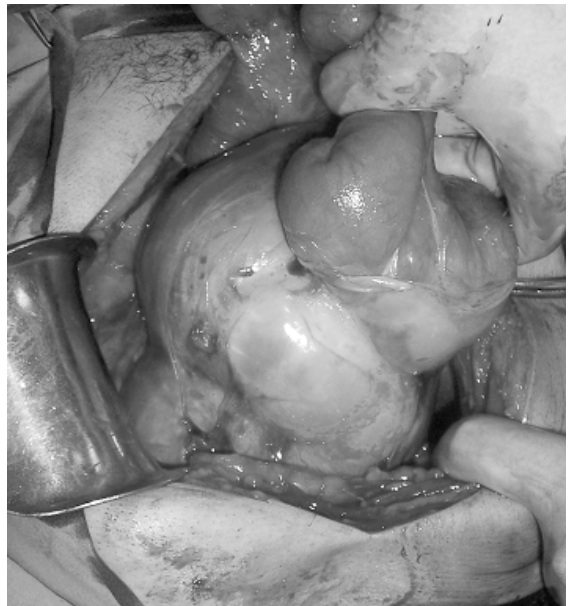
OLGU SUNUMU

Otuzbeş yaşında erkek hasta yedi gün önceden başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetiyle kliniğe yatırıldı. Kolik tarzı karın ağrısı ve safralı kusması beraberinde, altı aylık sürede beş kilogram kilo kaybı vardı. Daha önceden abdominal operasyon ve tüberküloz hikayesi yoktu. İlaç kullanım hikayesi bulunmamaktaydı. Bu şikayetlerle son üç yılda iki kez hastaneye başvurmuş, konservatif tedavi ile iyileşmişti.

Fizik muayenesinde barsak sesleri hiperaktif, periumblikal, sınırları net palpe edilemeyen 15 cm çapında kitle palpe ediliyordu. Direk abdomen grafisinde orta hatta yer yer hava sıvı seviyeleri izlenmekteydi. Abdominal ultrasonografisinde barsak ansları genişlemiş ve peristaltik hareketler artmış olarak izlenmekteydi. Kontrastlı abdominal tomografide mide, duodenal ans, jejunal ve kısmen ileal segmentler ödemli ve dilate görünümde ama belirgin kitle imajı yoktu. Mezenter kökü, superior mezenter ven ve arter hafif sola doğru yer değiştirmişti (volvulus?). Diğer ab-

dominal organlar doğal görünümdeydi.

Hastanın hastaneye yatış sonrası oral gıda alımı kesildi, intravenöz mayi tedavisi uygulandı. Yatışının altıncı gününde kolik ağrılarının şiddetlenmesi, safralı kusma, gaz gayta çıkaramama bulgularının gelişmesi üzerine acil operasyona alındı. Ameliyat sırasında hemen tüm ince barsakların fibröz bir kese ile sarıldığı ve barsaklar arasında yoğun fibröz yapışıklıklar olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Özellikle jejunal ansların ödemli, dilate ve sıvı ile dolu olduğu gözlemlendi. Künt ve keskin diseksiyonla kapsül ve adezyonlar açıldı. Bu esnada oluşan serozal defektler sütüre edildi. Fibröz bantlardan ve peritondan patolojik inceleme için örnek alındı. Patoloji sonucu "fibrin, hyalinize fibröz bağ dokusu gözlenmiş olup, malignite ve özel yapısal bulgu saptanmadı" şeklinde rapor edildi. Postoperatif beşinci gün insizyon hattından yoğun ince barsak içeriği gelmesi üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Laparotomi esnasında sütüre edilen seroza defektlerinin tümünün açıldığı gözlemlendi. Batında 500 cc incebarsak içeriği mevcuttu. Seroza defektlerinin olduğu jejunumdaki 40 cm barsak ansı rezeke edildi. İleoçekal valvin 50 cm proksimalden ileostomi-mukus fistül



Şekil 1: Ameliyat sırasında koza şeklinde kalın, beyaz bir zar ile örtülü ince bağırsakların görünümü.

açıldı. Postoperatif yedinci gün hasta ileostomi kapatılması için randevu verilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

İntestinal obstrüksiyonun nadir sebebi olan sklerozan enkapsüle peritonit, idiyopatik (abdominal cocoon) ve sekonder form olarak sınıflandırıldığı gibi peritoneal diyalizle ilişkili, ve peritoneal diyalizle ilişkisiz olarak da sınıflandırılmıştır (1,2,6). Abdominal cocoon etiolojisi tam olarak bilinmemekle beraber etiolojide viral infeksiyonla süperimpoze retrograd menstrüasyon, fallopian tüpler yoluyla retrograd peritonit, jinekolojik infeksiyonlar sebebiyle hücre aracı immunolojik doku hasarı gibi hipotezler sebep olarak ileri sürülmüştür (3,7). Bu hipotezler yaş grubu, cinsiyet ve coğrafi dağılım yönünden patolojiyi açıklamada yetersizdir (4,5). Sekonder sklerozan enkapsüle peritonit formu uzun dönem periton diyalizi, ventriküloperitoneal ve peritoneovenöz şantlar, sarkoidoz, sistemik lupus eritematozus, tüberküloz, karaciğer sirozu, uzun süreli beta bloker tedavisi, intraperitoneal ilaç uygulaması, uterusun leiomyomatası, endometriotik kist veya over tümörleri, rekürren peritonit, ortotopik karaciğer transplantasyonu nedeniyle oluşabilmektedir (1,5,6,8,9).

Uzun dönem peritoneal diyaliz uygulanan hastalar sklerozan enkapsüle peritonit gelişimi açısından önemli risk taşırlar (10,11). Sklerozan enkapsüle peritonit gelişimini ve progresyonunu önlemede kortikosteroidler, immünsüpresör ajanlar, tamoksifen, fosfatidil kolin, renal transplantasyon önerilmiştir (6,10). Abdominal cocoon genellikle tropik ve subtropik bölgelerde ve genç bayanlarda görülmesine rağmen erkeklerde ve bu bölgeler dışında da görülebilir (2,4,5,12,13). Bu hastalık primer olarak ince barsakları tutmasına rağmen nadiren kalın barsak, karaciğer ve mideyi de tutabilir (1,5,6,9).

Abdominal cocoonlu hastalarda iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, kusma, kolik tarzında karın ağrısı atakları olabilir. Hassas olmayan abdominal kitle karın orta bölgesinde olabilir veya

olmayabilir (1,2,4,5,12-14). Bizim hastamızda da kilo kaybı, kusma kolik tarzı karın ağrısı şikayetleri mevcuttu ve abdominal kitle palpe edildi. Bazı otörler direk batın grafilerinde, kontrastlı incebarsak pasaj grafilerinde ve bilgisayarlı tomografi taramalarında spesifik olmayan bazı radyolojik bulgular tarif etseler de preoperatif tanı koymak güçtür (1,12,15). Sunum yapılan hastamızda yapılan radyolojik incelemelerde hava-sıvı seviyeleri, incebarsak duvarında ödem ve dilatasyon saptanmış olup abdominal cocoon için spesifik bulgular değildi.

Tanı genellikle laparotomi sırasında ve incebarsaklar arası fibrokollajenöz bantlar, koza benzeri kese tarafından çevrelenmiş ince barsakların görülmesiyle konulur (1,2,4,5). Tanıda; 1- Kusma, distansiyon ve karın ağrısı olması, 2- Abdominal palpasyonda yumuşak, hassas olmayan kitle varlığı, 3- Baryum enema filminin tipik görünümü, 4- Daha önce abdominal cerrahi hikayesi olmaması şüpheler yaratan bulgulardır (5,13).

Tedavide ince barsaklar arasındaki ve çevresindeki fibröz kese ve bantların açılması genellikle yeterli olur. Rezeksiyon nadiren gerekebilir. Takibinde klinik iyi seyreder (2,4,5,9,12-14). Abdominal cocoon hastalarına apandisit geliştiğinde ileride bulma zorluğu nedeniyle insidental apendektomi önerenler vardır (4). Tüberküloz nedeniyle oluşan abdominal cocoon hastalarında ise yoğun yapışıklıklar, obstrüksiyonlar, mezenterik apseler nedeniyle potansiyel iyatrojenik komplikasyonlar yüksektir (1).

Bizim hastamızı literatür eşliğinde retrospektif olarak değerlendirdiğimizde hastalığın nüks etmemesi nedeniyle tedavide ince barsaklar arasındaki ve çevresindeki fibröz kese ve bantların açılmasının yeterli olduğunu düşünmekteyiz. Ancak barsaklar arasındaki yoğun yapışıklıkların açılması sırasında iyatrojenik intestinal perforasyon oranı oldukça yüksek olup bu tür hastalarda mümkün olduğunca sınırlı bridektomi ve rezeksiyonun yapılmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Kaushik R, Punia R, Mohan H, Attri AK. Tuberculous abdominal cocoon - a report of 6 cases and review of the literature. *World J Emerg Surg* 2006;1:18-20.
2. Serafimidis C, Katsarolis I, Vernadakis S, Rallis G, Giannopoulos G, Legakis N, Peros G. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (or abdominal cocoon). *BMC Surg* 2006;6:3-6.
3. Foo KT, Ng KC, Rauff A, Foong WC, Sinniah R. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. *Br J Surg* 1978;65:427-30.
4. Devay AO, Gomceli I, Korukluoglu B, Kusdemir A. An unusual and difficult diagnosis of intestinal obstruction: The abdominal cocoon. Case report and review of the literature. *World J Emerg Surg* 2006;1:8-11.
5. Hamaloglu E, Altun H, Ozdemir A, Ozenc A. The abdominal cocoon: a case report. *Dig Surg* 2002;19:422-4.
6. Kawaguchi Y, Kawanishi H, Mujais S, Topley N, Oreopoulos DG. Encapsulating peritoneal sclerosis: definition, etiology, diagnosis, and treatment. *Perit Dial Int* 2000;20 Suppl 4:43-55.
7. Narayanan R, Bhargava BN, Kabra SG, Sangal BC. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *Lancet* 1989;2(8655):127-9.
8. Lalloo S, Krishna D, Maharajh J. Case report: abdominal cocoon associated with tuberculous pelvic inflammatory disease. *Br J Radiol* 2002;75(890):174-6.
9. Maguire D, Srinivasan P, O'Grady J, Rela M, Heaton ND. Sclerosing encapsulating peritonitis after orthotopic liver transplantation. *Am J Surg* 2001;182(2):151-4.
10. Nakamoto H. Encapsulating peritoneal sclerosis—a clinician's approach to diagnosis and medical treatment. *Perit Dial Int* 2005;25 Suppl 4:30-8.
11. Honda K, Oda H. Pathology of encapsulating peritoneal sclerosis. *Perit Dial Int* 2005;25 Suppl 4:19-29.
12. Deeb LS, Mourad FH, El-Zein YR, Uthman SM. Abdominal cocoon in a man: preoperative diagnosis and literature review. *J Clin Gastroenterol* 1998;26(2):148-50.
13. Yoon YW, Chung JP, Park HJ, Cho HG, Chon CY, Park IS, Kim KW, Lee HD. A case of abdominal cocoon. *J Korean Med Sci* 1995;10(3):220-5.
14. Kumar M, Deb M, Parshad R. Abdominal cocoon: report of a case. *Surg Today* 2000;30(10):950-3.
15. Wig JD, Gupta SK. Computed tomography in abdominal cocoon. *J Clin Gastroenterol* 1998;27(3):259-60.