

VAKA TAKDİMLERİ

Nadir Görülen İntestinal Obstrüksiyon Nedeni: Abdominal Koza

Unusual Form of Intestinal Obstruction: The Abdominal Cocoon

Dr.Koray ÖCAL, Dr.Settar BOSTANOĞLU,
Dr.Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ, Dr.Orhan ELBİR, Dr.Vedat KIRIMLIOĞLU

Abdominal koza ilk kez 1978 yılında Foo ve arkadaşları tarafından tanımlanmış ve isimlendirilmiştir.¹ Abdominal koza ince barsakların bir kısmının veya tamamının dens fibröz bir membranla çevrilip örtülmesi ile oluşan çok nadir bir patolojidir.^{1,2} Parsiyel ya da komplet intestinal obstrüksiyona yol açan bu hastalıkta tanı genellikle laparotomi ile konulmaktadır. Bu yazımızda oldukça nadir görülmesi nedeni ile bu konuyu literatür ışığında irdelemeyi amaçladık.

VAKA

16 yaşında bayan hasta kliniğimize 2 haftadır devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede epigastriumda, sol üst kadrana uzanan palpabl kitle tespit edildi. Barsak sesleri hiperaktif idi. Kitle hassas değildi. Daha önce iki kez bu tür şikayetlerinin ortaya çıktığı hikayesinden anlaşıldı.

Ayakta direk karın grafisinde patoloji görülmedi. Bilgisayarlı tomografide iyi sınırlanmış bir kitle saptandı. Bazı alanlarda ince barsakların kitle tarafından irregüler infiltrasyona maruz kaldığı rapor edildi (Resim 1).

Olgu ileus (batında kitle) nedeni ile operasyona alındı. İnce barsakların tamamının fibröz bir zar ile sarılmış olduğu görüldü. Patolojinin abdominal koza (Peritoneal enkapsülasyon, sklerozan peritonit) olduğu anlaşıldı. Fibröz zar disseke

YAZIŞMA ADRESİ: Dr.Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ
Kuleli Sok. 83/12
Gaziosmanpaşa-ANKARA

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği,
ANKARA

edildikçe barsakların serbestleştiği görüldü. Zardan ve peritondan biopsi alındı. Mezenterde ve karın organlarında patoloji saptanmadı.

Fibröz zarın histopatolojik incelenmesinde hiyalinizasyon gösteren, fibröz bağ dokusunda bol aktif damar kesiti ve lenfositik infiltrasyondan zengin alanlar saptandı. Olgu problemsiz bir postoperatif dönem geçirdi.



RESİM 1: Hastanın ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografisi

TARTIŞMA

1978 yılında Foo ve arkadaşları 10 adolosan çağındaki kızda kitle formu ile birlikte görülen veya görülmeyen inkomplet veya komplet intestinal obstrüksiyona yol açmış bir patolojiyi tanımladılar. Bu hastalığa "Abdominal Koza" adını verdiler. Bugüne kadar 20 olgu literatürde bildirilmiştir.^{2,3}

Olguların hepsinde inkomplet veya komplet tıkanma ve buna bağlı bulantı, kusma, karın ağrısı gelişmektedir. Olgumuzda da benzer semptomlar ortaya çıkmıştır. Preoperatif tanı genellikle güç konulmaktadır. Ancak genç kızlarda, daha öncede bu tür episotlar geçirenlerde, abdominal distansiyon olmaksızın daha çok karın ağrısı ve kusma ile gelenlerde ve palpasyonda hassas olmayan yumuşak kitle saptananlarda bu patoloji akla gelmelidir. Olgumuzda bu şikayetlerin hepsi mevcut idi.

Abdominal kozanın etyolojisi tam aydınlatılamamıştır. Uzun süre B-bloker kullananlarda görülme riskinin arttığı bildirilmektedir.⁵ Bu ilaçların 3-5 siklik adenozin monofosfatı azalttığı bunda kollagen sentezini arttırdığı belirtilmektedir. Yine B-blokerlerinin kollagen sentezini ve fibrozisi arttırdığı bildirilmektedir.^{2,5} Olgumuzda bu tür bir ilaç kullanımı saptanmadı.

Ayrıca abdominal kozanın sirozlu hastalarda gelişebileceği bildirilmektedir. Sirozlu hastalarda peritoneal asite bağlı peritonun kalınlaşacağı ve fibrotik yapılar göstereceği söylenmektedir.⁴ Bir diğer olası faktörde retrograd menstruasyonun bu patolojiye yol açabileceğidir. Olguların çoğu-

nun adelosan dönemdeki kızlar olması bu savı güçlendirmektedir. Retrograd menstruasyonun peritoneal yapışıklık ve adezyonlara yol açacağı bildirilmektedir.⁴

Sonuç olarak abdominal koza visseral peritonda oluşan kronik, fibrotik, sklerotik bir inflamasyon olup etyolojisi tam aydınlatılamamıştır. İntestinal obstruksiyona yol açtığında hemen daima konservatif cerrahi uygulanmalıdır. Rezeksiyonun gereksiz olduğu bildirilmektedir. Bu yazımızda nadir görülen bu patolojiyi incelemeyi ve literatür bilgisi altında irdelemeyi uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Foo KT, Nag KC, Rauff A, Sinniah R: Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: The abdominal cocoon. Br J Surg 1978, 65:427-430.
2. Sieck JO, Cogill R, Lakworthy W: Peritoneal encapsulation and abdominal cocoon. Case reports and a review of the literature. Gastroenterology 1983, 80:1149-1150.
3. Seng LK, Mahadaven M, Musa A: Abdominal cocoon: A report of two cases. Br J Surg 1993, 1597-1601.
4. Macklin J, Hall C, Feldman MA: Unusual cause of small bowel obstruction in adolescent girls: The abdominal cocoon. J Coll Surg 1991, 36:50-52.
5. Ahmad S: Sclerosing peritonitis and propranolol. Chest 1981; 79:361-362.