

Peritoneal Enkapsülasyon ve Abdominal Koza

İ.Haluk GÖKÇORA
Seza GÜLEÇ
Şükrü ÖZDAMAR

PERITONEAL ENCAPSULATION AND
ABDOMINAL COCOON

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim
Dalı, ANKARA
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim
Dalı, ANKARA
Ankara Hastanesi Patoloji Laboratuvarı, ANKARA

Geliş Tarihi: 1 Ocak 1986

ÖZET

Peritoneal enkapsülasyon ve abdominal koza tanısı almış iki olgu sunulmaktadır; bu hastalıkların etiopatogenezi ve klinik özellikleri gözden geçirilmiştir. Karın içinde parietal ve visceral peritonlardan ayrı aksesuar bir membranın varlığı konu edilen antitelere ortak nitelikleridir. Literatürde peritoneal enkapsülasyon ve abdominal koza birbirlerinden tümüyle farklı iki patoloji olarak ele alınmaktadır.

Bugünkü kavramlara göre peritoneal enkapsülasyon embriolojik bir gelişme anomalisidir Burada barsakları saran membran normal periton yapısındadır. Hastalık genelde asemptomatik bir seyir göstermekte ve tesadüfen karın açıldığında tanı konulmaktadır.*

Öte yandan abdominal koza yapışık gelişen viral kökenli bir primer peritonit olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalıkta, peritoneal membran, kalınlaşmış, fibröz doku özelliğinde olup, barsak pasajını engelleyecek biçimde ince barsakları sıkıştırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aksesuar membran, peritoneal enkapsülasyon, non-spesifik karın ağrısı, abdominal koza, barsak tıkanıklığı

T Kİ Tıp Bil Araş Dergisi C.6, S.1, 1988 35-28

SUMMARY

This paper details two cases of peritoneal encapsulation and an abdominal cocoon case with a review of their etiopathogenesis and their clinical aspects.

The common point of these two entirely different disorders is the presence, of an accessory membrane inside the abdomen, other than the visceral and the parietal peritoneal sheaths. As it is clearly pointed out in the available literature; while peritoneal encapsulation is considered as an embryological developmental anomaly with a structure identical to the normal peritoneum and usually asymptomatic, abdominal cocoon is considered as a primary, prnlimitis caused by viruses, with a thick fibrous membrane usually causing intestinal kinking, obstruction or an abdominal mass.

Clinical findings in our two cases are in accordance with the literature, except for the intestinal obstruction which was seen in our peritoneal encapsulation case.

Key words: Accessory membrane, peritoneal encapsulation, non-specific abdominal pain, abdominal cocoon, intestinal obstruction

T J Research Med Sci V.6, N.1, 1988 25-28

Olgu: 16 yaşında kız çocuğu (E.K., Prot.No. 112), iki günlük karın ağrısı, kusma ve gaz-gaita çıkartamama yakınması ile başvurdu. Birkaç yıldır zaman zaman gelen karın ağrısı nöbetlerinden ve bunların kendiliğinden geçmesi ile rahat döneme ulaştığı öğrenildi. Jinekolojik öyküsü dahil, öz ve soy geçmişiinde tanı koyduracak bir nitelik saptanamadı.

Muayenede kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80/dk, beden ısısı 36.5°C olarak bulundu. Karında hafif derecede yaygın distansiyon vardı. Palpasyonda

karın minimal derecede hassastı. Herhangi bir kitle ele gelmedi. Defans veya periton irkilmesine bağlı şiddetli duyarlılık yoktu. Barsak sesleri artmış bulundu. Direkt karın grafisinde çok sayıda ince barsak gaz-sıvı düzeyleri görüldü. Nazogastrik dekompresyon ve sıvı-elektrolit replasmanı sonrası mekanik barsak tıkanıklığı öntanısı ile ameliyata alındı. Laparatomide karın içinde 400 mi kadar sero-hemorajik nitelikte serbest sıvı ile karşılaşıldı. İnce barsaklar kalın ve mat beyazgri renkli bir membran altında sıkışmıştı. Membran

mezanter yerleşime paralel bir kesi ile açılarak dilate barsak anslan serbestleştirildi. Pasajın yeniden sağlanması ile ameliyata son verildi.

Komplikasyonsuz bir postoperatif devrede hasta beşinci gün şifa ile taburcu edildi. Periton içi serbest sıvının transüda özelliğinde olduğu, membranın yer yer lenfosit topluluklarının izlendiği kalınlaşmış fibröz doku histolojisine uyduğu rapor edildi.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta (B.C., Prot.No. 253), üç saat önce başlayan şiddetli karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Öyküde iki yıl önce aynı biçimde bir ağrı nöbeti geçirdiği ve antispazmodik ilaçlardan yarar gördüğü belirlendi. Bazen hafif karın ağrılarının bulunduğu, ancak ilaç kullanmayı gerektirecek şiddete ulaşmadıkları öğrenildi.

Muayenede kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 80/dk, beden ısısı 36.5°C olarak saptandı. Karın palpasyonla genel olarak bir hassasiyete sahipti. Distansiyon, defans ve periton irkilmesi bulunamadı. Yapılan idrar tetkiki ve direkt üriner sistem grafisi olağan bulundu. Kolik şeklinde devam eden karm ağrıları nedeniyle hasta gözlem altında tutulmak üzere yatırıldı. Çekilen kontrol grafilerinde herhangi bir ipucuna rastlanılmadı. Karında distansiyonun artması, ağrıların sürmesi, safralı kusmaların ortaya çıkması nedeniyle karın içinin eksplorasyonuna karar verildi.

Preoperatif hazırlama sonunda yapılan laparotomide ince barsakların üstte transvers mezokolon, yanlarda inen ve çıkan kolon mezoları ve pelvise doğru arka parietal peritona yapışık bir periton kesesi içinde sıkışmış oldukları gözlemlendi. Bu aksesuar peritoneal kese total olarak çıkartıldı, barsaklar serbestleştirildi. Diğer karm içi organlar ve omentum majus olağan bulundu.

Komplikasyonsuz ameliyat sonrası 7. gün şifa ile taburcu edildi.

LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Peritoneal enkapsülasyon (PE) ve abdominal koza (AK) karm içinde visseral ve parietal peritonlardan ayrı, ikinci bir membranın varlığı ile belirlenen, ender rastlanan periton hastalıklarıdır. PE'da barsaklar normal seroza histolojik yapısında bir periton yaprağı altında toplanmıştır. Çoğu kez gerekmemekle birlikte, bu membran cerrahi olarak kolaylıkla ve tümüyle eksize edilebilir. AK'da ise barsak anslan kalın ve histolojik olarak normal serozadan farklı, kalın bir membranla adeta bir zırh gibi çepeçevre sarılmıştır.

Kısa patolojik tanımlardaki farklılıktan daha önemli olarak, bu iki patoloji etiyolojik, anatomik, klinik özellikleri ve tedavileri ile tümüyle ayrı iki antitedir (8). Bu kavramlarla ilgili ilk yayın 1868'de Cleland tarafından yapılmıştır. Konunun ilginç yönü

1978 yılına kadar İngilizce literatürde bildirilen olguların tümünün peritoneal enkapsülasyon olarak ifade edilmiş olmasıdır (5, 6, 7, 8). Abdominal koza deyi mi ilk kez bu tarihte Foo tarafından kullanılmıştır (5). 1983 yılında Sieck İngilizce literatürde topladığı 8 PE ve 14 AK olgusuyla birlikte hastalıkların klinik ve patolojik özelliklerini oldukça iyi bir biçimde ortaya koymuştur (8). Sieck'in yayınından sonra günümüze değin 2 yeni abdominal koza olgusu daha bildirilmiştir (1, 2).

PERİTONEAL ENKAPSÜLASYON

Peritoneal enkapsülasyon, barsakların yukarıda transvers mezokolon, yanlarda inen ve çıkan kolonlar, aşağıda karın arka duvarını örten parietal periton ile sınırlanan bir membranla örtülü olmasıdır. Bu membran tek katmandan oluşabileceği gibi, içinde seröz sıvı kapsar durumda çok katlı, multiloküler yapıda da olabilir.

İlgili membran histolojik olarak normal seroza yapısındadır. Omentum majus kese şeklindeki bu yapıyı örter, ancak yapışma göstermez. Kese içindeki organların pozisyonları normaldir (4, 7, 8).

Peritoneal enkapsülasyonun embriolojik bir gelişme anomalisi olduğu düşünülmektedir. Embriogenezi ni açıklamak için iki hipotez öne sürülmüştür. Bunlardan ilki dorsal mezanterin karm arka duvarı ile birleşmek üzere saat yelkovanının tersi yönündeki rotasyonu sırasında oluşan bir evantrasyondan kaynaklandığı şeklindedir. Ancak böyle bir gelişme anomalisinin mezanteri de içine alması gerekmektedir. Oysa bildirilen tüm olgularda böyle bir anomaliden söz edilmemektedir. İkinci hipotez enkapsülasyon membranının "yolk sac" membranının kalıntısı olduğu şeklindedir. Buna göre; umbilikal çölomda barsakları örten bu membran barsakların karın içine dönmeleri sırasında birlikte taşınmakta ve ekstrauterin yaşamda da varlığını sürdürmektedir. Bugünkü kavramların ışığında ikinci açıklama şekli akla daha uygun görünmektedir (4,6, 7).

Bildirilmiş olguların analizinde hastaların büyük ölçüde asemptomatik olduğu görülmektedir. Çok küçük bir bölümünde karında non-spesifik ağrı, distansiyon veya şüpheli barsak tıkanıklığı semptomları oluşmaktadır. Çoğu olguların tanısı başka nedenlerle yapılan otopsi veya laparatomilerde tesadüfen konulmaktadır.

Membranın cerrahi eksizyonu kolaydır. Ancak klinik olarak benign bir anomali olması nedeniyle başka nedenlerle yapılan cerrahi girişimlerde saptandığında eksize edilmeden bırakılabileceği de belirtilmektedir (8).

Tablo-I

Peritoneal Enkapsulasyon, Peritonitis Encapsulatum ve Abdominal Koza özellikleri

	PERİTONEAL ENKAPSULASYON	PERİTONİTİS ENCAPSULATUM	ABDOMİNAL KOZA
KLİNİK	Çoğu zaman asemptomatik, bazen nonspesifik karın ağrısı	Karında kitle, barsak tıkanıklığı, primer hastalığa bağlı belirtiler	Akut veya aralıklı barsak tıkanıklığı, karında kitle
PATOLOJİ	Normal seroza, kist yapısında aksuar bir membran	Kalınlaşmış, yapışıklıklar gösteren, yangısal periton değişiklikleri	Kalın, nonspesifik yangısal değişiklikler gösteren membran
ETİOPATOGENEZ	Embriyolojik gelişme anomalisi	Tbc, mantar, yabancı cisim vs.'ye bağlı granümatöz peritonit	Sub-klinik primer viral peritonit
TANI	Eksploratris laparotomi, otopsi, rastlantısal	Eksploratris laparotomi, periton biyopsisi	İleus veya karında kitle nedeniyle laparotomi
TEDAVİ	Total eksizyon	Primer hastalığa yönelik, tıkanıklıkta barsak serbestleştirilmesi	Sıkıştıran membranın insizyonu ve barsak serbestleştirilmesi
SONUÇ	Şifa	Haliyle	Şifa

ABDOMİNAL KOZA

Abdominal koza, ince barsakların tamamının veya bir kısmının kalın bir membran tarafından hareket sınırlılığı oluşturacak şekilde çepeçevre sarılmış bulunmasıdır. Söz konusu membran altında barsak ansları, pasajın zaman zaman yavaşlamasına, hatta durmasına neden olacak biçimde sıkışma ve bükülmeler göstermektedir. Ancak barsakların konumları yönüyle herhangi bir rotasyon anomalisi söz konusu değildir. Karın içinde veya membran altında transüda niteliğinde, sero-hemorajik bir sıvı saptanmaktadır. Kalın membran altındaki sıkışmış barsaklar karında kitle şeklinde belirebilmektedir. Membran histolojik olarak kalınlaşmış fibröz dokudan oluşmaktadır.

Yöresel olarak plazma hücreleri ve lenfositlere de rastlanabilir. Bakteri, parazit veya mantar enfeksiyonu düşündürecek bir bulgu saptanamamıştır (5, 7, 8).

Abdominal koza'da etiyolojik neden bilinmemekte ancak yavaş gelişen viral kökenli bir primer peritonit olasılığı üzerinde durulmaktadır. Olguların büyük bir kısmını premenarş genç kızların oluşturması hastalığın bir genital sistem patolojisiyle ilişkisini düşündürmektedir. Bu açıdan bakıldığında retrograd menstrüasyon sonucu oluşan bir kimyevi peritonit üzerine viral bir enfeksiyonun süperpozisyonu kavramı daha çok kabul gören bir hipotezdir (5, 8). Ancak bu yaklaşımla yalnızca genç kızlarda görülen abdominal koza olguları açıklanamamaktadır. Hüresel bağışıklığın aracılık ettiği bir mekanizma diğer bir açıklama şeklini oluşturmaktadır (8).

1984 yılında Cambria ve arkadaşları Le Veen şantı konulmuş sirotik bir hastada tipik bir abdominal koza olgusu bildirmişlerdir (2). Bu yayın literatürde farklılık arzeden ilk olgudur. Burada koza oluşumunda şant tüpünün başlattığı veya aracılık ettiği bir yabancı cisim reaksiyonu akla gelebilir. Ancak bu nedenle meydana gelecek bir değişikliğin daha farklı bir anatomopatolojik görünümdeki ve ayrı bir antite olarak kabul edilen peritonitis enkapsulatum'a uygunluk göstermesi beklenirdi. Sirozda primer peritonit sıklığının yüksekliği anımsanacak olursa; subklinik primer viral bir peritonitin gözlenen patolojiye yol açması mantıksal bulunabilir. Bu olgularda enfeksiyona zemin hazırlayan faktör sirotik asit sıvısı olabilir. Etiopatogenezinin aydınlatılabilmesi için immünofloresan çalışmalar, doku kültürleri, membranın elektron mikroskop ile tetkiki ve serum viral, paraziter antikör titrasyonları gibi daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Olguların klinik takdimleri akut, kronik veya intermittan barsak tıkanıklığı biçiminde olmaktadır. Kronik seyirli olgularda karında kitle ve kilo kaybı, halsizlik gibi genel belirtiler de bulunabilmektedir,

Membran insize edildiğinde barsak ansları serbestleşerek obstrüksiyon ortadan kalkmakta; tam şifa temin edilmektedir. Olguların uzun dönem sonuçları henüz alınmamış olmakla birlikte nüks görülmemiştir.

TARTIŞMA

İngilizce literatürde bu hastalıkların çok nadir görüldükleri bildirilmektedir. Bütün dillerde yapılan yayınlar dikkate alınacak; görüldükleri halde tanı alamayan veya tanı aldıkları halde bildirilemeyen vakaların bulunabileceği düşünülecek olursa ve özellikle peritoneal enkapsülasyon olgularının büyük ölçüde asemptomatik oldukları hatırlanacak olursa, aslında belirttikleri kadar da nadir hastalıklar olmadıkları sonucuna varılabilir.

Karın ağrısı yakınmasıyla başvuran hastaların bazı kaynaklarda % 30 oranına kadar yüksek tutulan önemlice bir bölümüne kesin tanı konamamakta, bu olgular nonspesifik kann ağrısı olarak değerlendirilmektedirler. Bu tip ağrıların nedeni olarak çeşitli motor bozukluklar ve psikolojik etmenler üzerinde durulmaktadır. Bu ağrıların az da olsa bir bölümünden peritoneal enkapsülasyon ve abdominal koza olgularının sorumlu olabileceği akılda tutulmalıdır. Bildirdiğimiz peritoneal enkapsülasyon olgusu klinik sunusu bakımından literatürdeki olgulardan farklı olmasıyla özellik taşımakta; hastalığın her zaman tamamiyle asemptomatik olmayabileceğini göstermektedir.

Son olarak kısmen makroskopik görünümleri ile, fakat büyük ölçüde terminolojik benzerlikleri ile karışmaya neden olabilen "kronik enkapsüle edici peritonit (peritonitis enkapsulatum)" ve "sklerozan peritonit" kavramlarına kısaca değinmek yerinde olacaktır.

Kronik enkapsüle edici peritonit seroza kalınlaşması ve intraperitoneal yapışıklıklarla belirgin, kronik seyirli, granümatöz bir periton inflamasyonudur. Başta Tbc olmak üzere kandida, histoplazma, amip, strongiloides gibi mikroorganizmalar ve parazitler ile yabancı cisimlere bağlı olarak hücrel immünite patogenezinde gelişmektedir. Yine de birçok olguda etiyolojik faktör kesin olarak ortaya konamamıştır (4, 9). Sklerozan peritonit ise bir beta adrenajik reseptör blokörü olan practolol tedavisi sonrasında gözlenen, yine periton kalınlaşmasıyla belirgin, patogenezini henüz tam olarak bilinmeyen bir patolojidir (3). Bu hastalıklarda herhangi bir membranın varlığı ya da oluşumu söz konusu olmayıp, patoloji peritonun bizzat kendisindedir.

KAYNAKLAR

1. Ahmet MN, S Kaur, HU Zargar: Abdominal cocoon: An unusual intestinal obstruction. *J.Postgr.Med.* 30:62-63,1984.
2. Cambria RP, RC Shamberger: Small bowel obstruction caused by the abdominal cocoon syndrome: Possible association with the LeVeen shunt. *Surgery* 95:501-503, 1984.
3. Eltringam WK, HJ Espiner, CW Windsor, et al.: Sclerosing peritonitis due to practolol: A report on 9 cases and their surgical management. *Br.J.Surg.* 64:229-235, 1977.
4. Ertunc T, IH Gokcora, S Gozdajoglu, et al.: Peritoneal encapsulation of the small intestine: A rare congenital abnormality. *Ank.Tip Biilt.* 5:119-128, 1983,
5. Foo KT, KC Ng, A Rauff, et al.: Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: The abdominal cocoon. *Br.J.Surg.* 65:427-430, 1978.
6. Lewin K, LJ McCarthy: Peritoneal encapsulation of the small intestine. *Gastroenterology* 59:270-272, 1970.
7. Sayfan J, YG Adam, R Reif: Peritoneal encapsulation in childhood: Case report, embriologic analysis and review of literature. *Amer.J.Surg.* 138:725-727, 1979.
8. Sieck JO, R Cowgill, W Larkworthy: Peritoneal encapsulation and abdominal cocoon. *Gastroenterology* 84: 1597-1601, 1983.
9. Yurdaydin C, E Kuterdem, N Aras, et al.: Uc olgu nedeni ile enkapsüle peritonitis. *Ank.Tip Fak.Mecm.* 33:649-656, 1980.