

## NADİR BİR AKUT BATIN SEBEBİ: ABDOMİNAL KOZA (OLGU SUNUMU)

### A RARE ACUTE ABDOMEN CAUSE: ABDOMINAL COCOON (CASE REPORT)

Fatih YÜZBAŞIOĞLU<sup>1</sup> Hasan SAYHAN<sup>1</sup> Ahmet AYKAS<sup>1</sup> Nazif ALTINER<sup>2</sup>  
Önder BİRGİ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SSK İzmir Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup> SSK İzmir Merkez Dispanseri, İzmir

**Anahtar Sözcükler:** Koza, Intestinal obstrüksiyon, Cerrahi tedavi

**Key Words:** Cocoon, Intestinal obstruction, Surgical therapy

## ÖZET

*Nadir bir hastalık olan abdominal koza; ince barsakların kalın ve fibröz bir zarla kaplı olması ile karakterizedir. Öncelikle kadınlarda görülmektedir. Tanı genelde ameliyat esnasında konmaktadır. Abdominal koza ve barsak obstrüksiyonu görülen bir hastayı sunduk. Bu hastalığın etiyolojisini literatürü gözden geçirerek tartıştık.*

## SUMMARY

*The abdominal cocoon is a rare disease that is characterized by a total encapsulating of the small bowel by a thick and fibrotic membrane. It occurs primarily in females. Diagnosis usually made at laparotomy. We report a patient with intestinal obstruction and abdominal cocoon. We review the literature and discuss the etiology of this disease.*

## GİRİŞ

Abdominal koza nadir bir hastalık olup tanımlandığından bu yana 37 hasta literatürde bildirilmiştir. Genellikle genç adölesan kadınlarda görülen; ince barsakların fibröz, dens ince bir zarla çevrili olması hali olup, ince barsak obstrüksiyonu ile ortaya çıkmaktadır. Fizyopatolojisinde fibrosize sebep olabilecek nedenler suçlanmıştır. Bunlar; geçirilmiş operasyona sekonder olarak gelişen fibrosis, sıklıkla suçlanan retrograd menstruasyona bağlı gelişen kronik irritasyon sebebiyle gelişen reaksiyona cevap olarak kollagen dokusu gelişimidir. Bu durum sıklıkla genç adölesan kızlarda görülmesi nedeniyle düşünülmüş ve gösterilmiştir. Diğer nedenler arasında ise beta bloker kullanımı, periton diyalizi, siroz olduğu söylenmiştir. Tanı laparotomi esnasında konulmakta ve cerrahi olarak kap-

sülün çıkarılması ile tedavi edilmektedir. Kliniğimizde abdominal kozaya bağlı ince barsak obstrüksiyonu nedeniyle opere ettiğimiz hastayı literatür eşliğinde sunduk.

## OLGU

23 yaşında bayan hasta, karın ağrısı, karında şişkinlik, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde; barsak alışkanlığı olarak 2 günde bir gaita çıkışı öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde 7 yaşında nefrit nedeniyle tedavi görmüş. Soygeçmişinde 3. derece akraba ince barsak tümörü, hala akciğer kanseri, baba mesane tümörü nedeniyle opere edilmiş. Adet düzensizliği mevcut. Penadur LA dışında ilaç kullanım öyküsü mevcut değil.

Fizik muayenede: batında yaygın hassasiyet, barsak sesleri artmış, rektal tuşede rektum boştu. Laboratuvar tetkiklerinde: Leucocyte 12400/mm<sup>3</sup>, Hb: 14.1 gr/dl, Hct: %39.6 , Plt: 322000 mm<sup>3</sup> , Kan şekeri: 86 mg/dl, Üre: 38 mg/dl. Akciğer grafisi normal ve EKG normal saptandı. Ayakta direk batın grafisinde yaygın hava sıvı seviyeleri gözlemlendi. Batın ultrasonografik incelemesinde minimal serbest mayi mevcuttu.

İnce barsak obstrüksiyonu nedeniyle operasyona alınan hastada, ince barsakların tamamının fibröz bir zar ile sarılmış olduğu ve ince barsak proksimalinde obstrüksiyona bağlı dilatasyon görüldü. Distale geçiş yoktu. Fibröz yapılar disseke edilerek tüm ince barsaklar serbestleştirildi. Barsak rezeksiyonuna gerek görülmedi. İnce barsak içeriğinin distale geçtiği görüldükten sonra fibröz zardan biyopsi uygulanarak operasyon sonlandırıldı.

Fibröz zarın histopatolojik incelemesinde; konjesyone damar yapıları ve mononükleer yangısal hücreler içeren fibröz bağ dokusu saptandı. Postoperatif dönemde barsak hareketleri geç başladı ancak sorun saptanmadı. Postoperatif 5. gün hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Abdominal koza ince barsakların total veya kısmi olarak kalın ve fibrotik bir membranla sarılması ile karakterize bir hastalıktır (14-6). Genelde genç adölesan kadın-larda nadir mekanik barsak obstrüksiyon sebebidir. Abdominal kozaya idiopatik diyebilme için konjenital olup, koza oluşumuna neden olacak bir sebebin belirlenememiş olması gereklidir. Sekonder abdominal koza oluşumu daha sık görülmektedir. Bunlar; abdominal operasyon, Beta bloker (Praktolol) kullanımı, periton diyalizine bağlı peritonit, Lee Veen şantı, siroz ve düzensiz adet görme durumudur (2,3,8,10,12).

Etiyolojide çeşitli edinsel faktörler olmakla birlikte hepsinde ortak yön batın içinde reaksiyon oluşturan bir durum söz konusudur. Bu, periton diyaliz solüsyonu, sirozda asit ve düzensiz adetlere bağlı gelişen retrograd menstruasyondur. Bu genç adölesan genç kızlarda görül-

mesini açıklamaktadır. Zira deneysel olarak peritona dışardan kan verildiğinde irritasyon yaratarak sekonder koza oluşturmaktadır (7). Bizim olgumuzda da düzensiz adetler mevcut olmakla birlikte şikayetleri adet başlangıcına kadar uzanmaktadır.

Preoperatif tanı güçtür. Genelde tanı laparotomi esnasında eksplorasyonla konabilmektedir. Preoperatif olarak abdominal koza tanısı çekilen seri baryumlu ince barsak grafileri ile konabilmektedir (11). Novani S. ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada çekilen baryumlu ince barsak grafileri ile abdominal koza tanısı koymuş ve tipik görünümü tanımlamıştır. Buna göre kümelenmiş ince barsak loopları görülmesi ve karnibaharı andırması tipiktir. Yapılan laparotomi ile de abdominal koza doğrulanmıştır. Ancak rutin Ayakta Direk Batın grafilerinde hava sıvı seviyeleri haricinde, özellikli bir bulgu yoktur. Bizim olgumuzda da akut batın düşünülerek Ayakta Direk Batın grafisi çekilmiş ve hava sıvı seviyeleri görülerek ileus düşünülmüştür.

Tanı yöntemlerinden Batın Tomografisi ve ultrasonografi batın içi serbest sıvı ve dilate barsak ansları haricinde bulgu vermemekte ve spesifik değildir (9).

Literatürde bildirilen diğer bir etiyolojik faktör Beta bloker kullanımı olabileceği söylenmiştir. Bu ilaçların 3-5 siklik adenozin monofosfatı azalttığı, bunun da kollagen sentezini arttırdığı bilinmektedir. Aralıklı olarak 9 hastada Beta bloker kullanımına bağlı abdominal koza gelişmiş ve cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Cerrahi sonrası ilaçların kesilmesi gerekmektedir. Bu hastalarda ince barsak fonksiyonu diğer ileus vakalarına göre daha geç başlamaktadır (2). Olgumuzda Penadur LA haricinde bir ilaç kullanım öyküsü mevcut değildir ancak barsak hareketleri geç başlamıştır.

Sonuç olarak abdominal koza nadir görülmekle birlikte genç adölesan kızlarda, sirotik hastalarda ve diyaliz hastalarında ileus hallerinde düşünülmelidir. Preoperatif tanısı güçtür. Tedavisi basit ve kozanın eksizyonundan ibarettir.

## KAYNAKLAR

1. Öcal K, Bostanoğlu S, Çağlıküleççi M, Elbir O, Kırımıoğlu V. Nadir görülen intestinal obstrüksiyon nedeni: Abdominal koza. Ulusal cerrahi dergisi; 1996, 12(2): 157-158.
2. Eltringham WK, Espriner HJ, Windsor CW, Griffiths DA, Davies JD, Baddeley H, Read AE, Blunt RJ. Sclerosing peritonitis due to practolol: a report on 9 cases and their surgical management. Br J Surg 1977 Apr, 64(4): 229-35.
3. Foo KT, Ng KC, Rauf A, Foong WC, Sinniah R. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: The abdominal cocoon. Br J Surg 1978 Jun; 65(6): 427-30.

4. Hamalođlu E, Altun H, Özdemir A, Özenç A. The abdominal cocoon: A case report. *Dig Surg* 2002 ; 19(5): 422-4.
5. Holland P. Sclerosing encapsulating peritonitis in chronic ambulatory peritoneal dialysis. *Clin Radiol* 1990 Jan; 41(1): 19-23.
6. Irabor DO, Atalabi O. Case report: Abdominal cocoon . *West Afr J Med* 2001 Oct-Dec; 20(4): 265-7.
7. Kocakuşak A, Arıkan S, Sunar H, Akıncı M. Seyrek rastlanan brid ileus nedeni olarak abdominal koza. *Klinik ve Deneysel Cerrahi*. 2001 Nisan; 9(2): 114-116.
8. Lallo S, Krishna D, Maharajh . Case report: Abdominal cocoon associated with tuberculous pelvic inflammatory disease. *Br J Radiol* 2002 Feb; 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 Aug; 182(2): 151-4.
10. Marinho A, Adelusi B. The abdominal cocoon case report . *Br J obtet Gynaecol* 1980 Mar; 87(3): 249-50.
11. Navani S, Shah P, Pandya S, Doctor N. Abdominal cocoon: The cauliflower sign on barium small bowel series. *Indian J Gastroenterol* 1995 Jan; 14(1): 19
12. Yip FW, Lee SH. The abdominal cocoon . *Aust N Z J Surg* 1992 Aug; 62(8): 638-42.