



## Abdominal Koza Sendromu: Olgu Sunumu

### Abdominal Cocoon Syndrome: Case Report

Saffet ÇINAR , Dila AKGÜL ÖNAL , Rafail İBAYEV , Sertaç Ata GÜLER 

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye

**ORCID ID:** Saffet Çınar 0000-0003-3637-1922, Dila Akgül Önal 0000-0002-0504-1499, Rafail İbayev 0000-0002-4718-2134, Sertaç Ata Güler 0000-0003-1616-9436

**Bu makaleye yapılacak atıf:** Çınar S ve ark. Abdominal Koza Sendromu: Olgu Sunumu. Med J West Black Sea. 2021;5(2):301-304.

#### Sorumlu Yazar

Saffet Çınar

#### E-posta

saffet\_cinar@hotmail.com

#### Geliş Tarihi

17.01.2021

#### Revizyon Tarihi

15.03.2021

#### Kabul Tarihi

12.04.2021

#### ÖZ

Abdominal koza sendromu genellikle genç kadınlarda görülen, klinikte akut veya subakut ileus bulguları ile karşımıza çıkan nadir bir ileus nedenidir. Bağırsakların tamamını ya da bir kısmını saran bant mevcuttur. Sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bu yazıda kliniğimizde tanı koyduğumuz abdominal koza sendromlu bir hastayı literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Anahtar Sözcükler:** İleus, Abdominal koza, Eksploratif laparotomi

#### ABSTRACT

Abdominal cocoon syndrome is a rare cause of ileus, usually seen in young women, which is encountered in the clinic with acute or subacute ileus findings. There is a tape covering the whole or part of the intestines. The reason is not known exactly. In this article, we aimed to present a patient with abdominal cocoon syndrome that we diagnosed in our clinic in the light of the literature.

**Keywords:** Ileus, Abdominal cocoon, Explorative laparotomy



## GİRİŞ

Proktolol kullanımına bağlı sklerozan enkapsüle peritonit ile ilk tanımlama 1868 yılında yapılmış olmasına rağmen bugün sklereozan enkapsüle peritonit ve abdominal koza sendromu ayrı terimler olarak kabul edilmektedir(1). Abdominal Koza Sendromunun sistematik olarak tanımlanması ilk kez 1978 yılında Foo ve ark. tarafından yapılmıştır(2). İnce bağırsak üzerinde enkapsülasyon ve sıvı lokülasyonlarına sebep olan genellikle nedeni bilinmeyen obstrüksiyon, kanama ve perforasyona neden olabilen bir klinik durumdur (3). Abdominal Koza Sendromunun primer/idiopatik formu ve cerrahi, periton diyalizi, ventriküloperitoneal şant gibi girişimler sonrası oluşan sekonder formu olmak üzere tanımlanmış iki tipi mevcuttur (3). Bu yazıda abdominal koza sendromlu bir hastayı literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

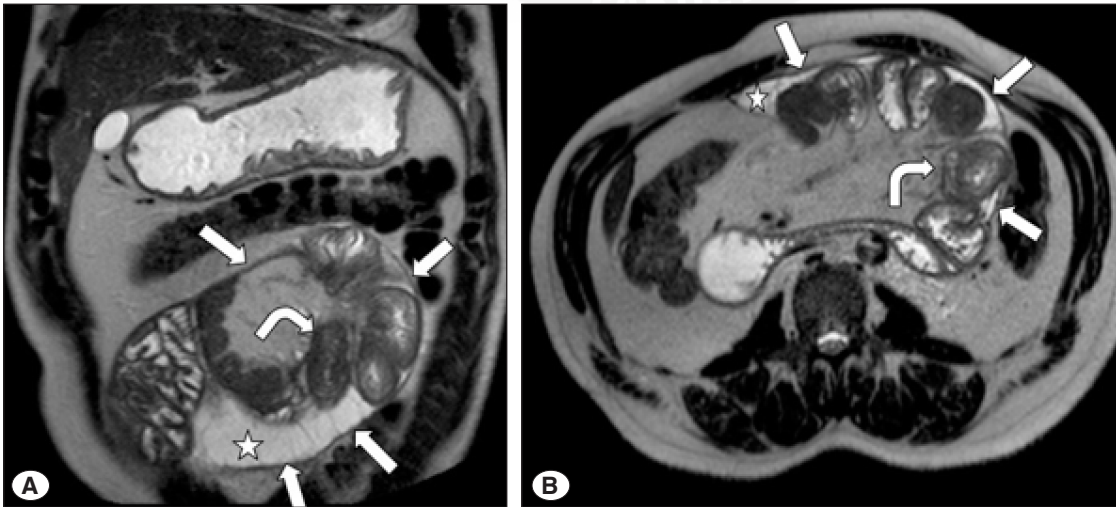
Elli altı yaşında erkek hasta polikliniğimize karın ağrısı, karında şişlik ve dışkılamada güçlük şikâyeti ile başvurdu. Hastanın bilinen sistemik hastalığı, geçirilmiş karın cerrahisi bulunmamaktaydı. Daha önce dış merkezde ileus ön tanısı ile yatırılıp konservatif tedavi sonrası taburcu edilme öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde batında distansiyon mevcuttu, defans rebound yoktu. Rektal tuşesinde ampulla boştu. Kan değerlerinde herhangi bir özellik bulunmamaktaydı. Tümör belirteçleri negatifti. Poliklinikte yapılan ön değerlendirme sonrası ileri tetkik ve tedavi amacıyla servise yatırıldı. Hasta servise yatırıldıktan sonra önce tüm karın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi sonra ise tüm karın manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Hastanın her iki görüntüleme raporunda batın orta hatta mezenter kökünde jejunal anslar bir araya fikse olmuş, kalın duvarlı içinde septalar bulunan loküle sıvı ile enkapsüle alan mev-

cuttur şeklinde raporlandı (Şekil 1A,B). Hastaya bu hali ile abdominal cocoon sendromu ön tanısı konuldu. Cerrahi hazırlıklar sonrası hasta operasyona alındı. Göbek üstü ve altı median insizyon ile cilt ve cilt altı geçildi. Batına ulaşıldığında bütün ince bağırsak ansların membran ile örtülü olduğu görüldü (Şekil 2A). Membranlar künt ve keskin diseksiyon ile ayrıldı. Tüm ince bağırsak anslarının enkapsüle olduğu görüldü (Şekil 2B). Herhangi bir bağırsak yaralanması gelişmeden bütün ince bağırsak ansları serbestlendi (Şekil 2D). Pelvise dren konularak karın katları usulüne uygun olarak kapatılarak operasyona son verildi. Hastanın servis takiplerinde ameliyat sonrası 2. gün gaz deşarjı olması üzerine hastaya rejim başlandı. Hastanın gaita deşarjı ameliyat sonrası 4. gün olması üzerine, önerilerde bulunularak ile taburcu edildi. Patoloji raporu idiyopatik sklerozan enkapsüle peritonit olarak raporlandı (Şekil 3A-D). Postoperatif takiplerinde hastaya ek medikasyon başlanmadı. Son kontrolü ameliyat sonrası 6. ayda yapılan hastada herhangi bir patoloji saptanmadı.

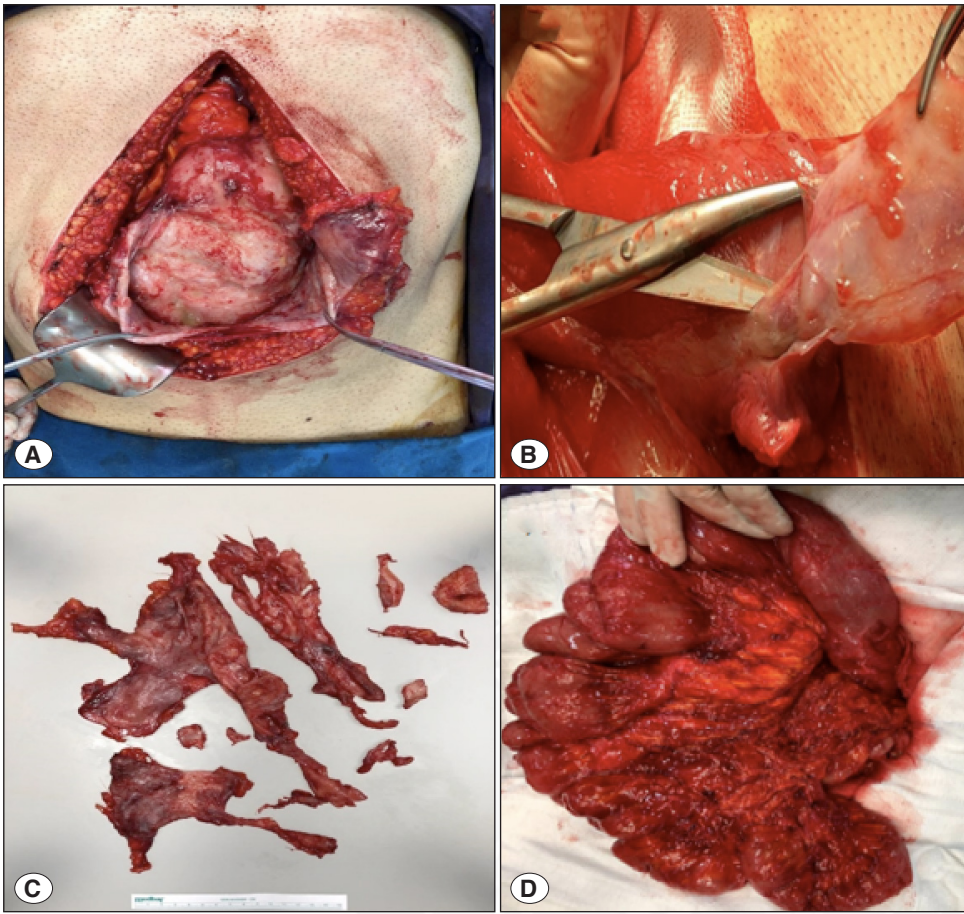
Hasta ve hasta yakınlarından operasyon öncesinde aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

## TARTIŞMA

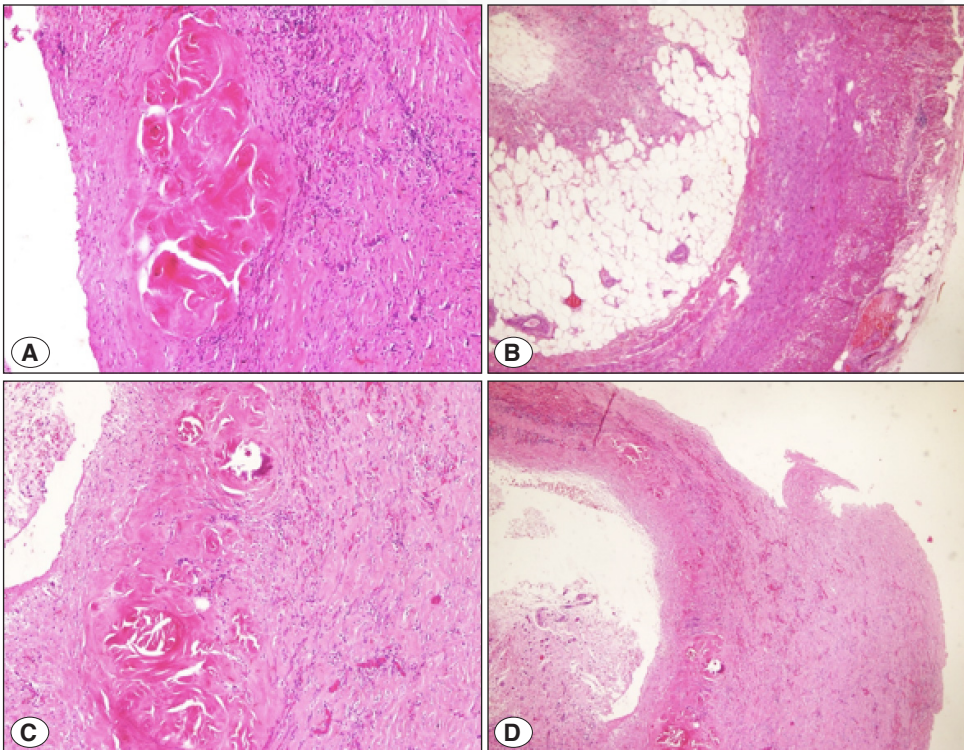
İlk tanımlama proktolol kullanımına bağlı sklerozan peritonit olarak adlandırılmıştır (1). 1978 yılında Foo ve ark. tarafından günümüzde kullandığımız abdominal koza sendromunu sistematik olarak tanımlamışlardır (2). Abdominal koza sendromunun yaygın formu idiyopatik olan formudur ve etioloji net olarak bilinmemektedir. Sekonder formu ise ailevi Akdeniz ateşi (FMF), sistemik lupus eritematozus (SLE), Periton Diyalizi (PD), endometriozis, peritoneal şantlar, karaciğer transplantasyonu, beta-bloker ve metotreksat grubu ilaç kullanımı, protein c eksikliği, asbest



**Şekil 1:** Koronal T2 ağırlıklı MR (A) ve aksiyel T2 ağırlıklı MR (B) incelemede jejunal anslarda enkapsülasyon, duvar kalınlığı artışı (kırık oklar) ve jejunal anslar arasında T2 hiperintens loküle sıvı alanları (yıldızlar) izlenmektedir. Jejunal anslar çevreleyen fibröz kapsül T2 hipointens olarak izlenmektedir (oklar).



**Şekil 2:** Eksplorasyon bulguları. **A)** Laparotomi sonrası ilk görünüm. **B)** Appendiks etrafını sarmış membran. **C)** Rezeke edilmiş membran parçaları, **D)** Serbestlenmiş tüm ince bağırsak ansları



**Şekil 3: A-D)** Fibröz bantların mikroskopik görünütüsü. Yabancı cisim dev hücreleri içeren, hyalinize benign fibroadipoz dokular.

maruziyeti, intraperitoneal kemoterapi, gastrointestinal sistem maligniteleri, karın tüberkülozu neden olmaktadır (3,4). Abdominal koza sendromu literatürde genellikle genç kadınlarda görülür şeklinde tanımlanmış olmasına rağmen bizim olgumuzda orta yaş erkek hastada tanımlanmıştır (5). Ayrıca bu olgunun tarafımızca olumlu yönü abdominal koza sendromundan preoperatif dönemde şüphelenilmiş olmasıdır. Çünkü Abdominal Koza sendromu genellikle tanısı zor koyulan ve peroperatif karşılaşılan bir klinik durumdur (5). Primer ve sekonder formda da genellikle bu tanıyı akılla getirmeyecek non spesifik semptomlar görülür (6). Bizim hastamızda da karın şişliği, mide bulantısı ve defekasyon zorluğu semptomlar mevcuttu. Hastanın yakın dönemde başka bir klinikte ileus ön tanısı ile yatış öyküsü olması, non spesifik semptomları olması ve laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji olmaması nedeniyle görüntüleme yapmaya karar verdik. Çekilen iv kontrastlı karın tomografisinde ileusa sebep olabilecek patolojiler ekarte edip, dilate bağırsak anslarını saran fibröz bantların görülmesi ve bant içerisinde sıvı lokülasyonları primer/idiyopatik abdominal kozayı düşündürdü (7). Tanımıza ek katkı sağlayabilmek için hastaya tüm karın manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografiye göre fibröz bantları göstermede bize daha yol gösterici oldu (Şekil 1A,B). Ön tanı sonrası Yip ve Lee nin tanımlamış olduğu preoperatif 4 tanı kriterine bakıldı (8). Bizim hastamız 4 kriterden belirgin bir neden olmaksızın genç kadın hasta kriteri ile muayenede hassas olmayan kitle kriterini karşılamıyordu. Benzer semptomatik ataklar öyküsü ile bağırsak tıkanıklığı ve şişkinlik şikayetini ise karşılıyordu. Abdominal kozanın tedavisinde konservatif yaklaşım ve cerrahi genel uygulamadır (9). Son zamanlarda kortikosteroid ve immünsüpresif tedavi uygulamaları da yer almaktadır (10). Bizim hastamızda yakın zamanda dış merkezde yatış öyküsü olması ve servis takiplerinde fizik muayene bulgularının ilerlemesi nedeniyle laparotomi yapılmasına karar verilmiştir. Laparotomide radikal işlemlerden uzak durulması, fibröz bantların çıkartılması önerilmektedir (11). Bizim vakamızda da sadece fibröz bantlar rezekte edilerek operasyon tamamlanmıştır. Çıkartılan bantların patoloji sonucu ile de klinik ön tanımız doğrulanmıştır. Patoloji yabancı cisim dev hücreleri içeren fibroadipoz dokular mevcuttur (Şekil 3A-D).

Abdominal Koza Sendromu tanısı zor konulan ve nadir görülen bir klinik durumdur. Hastalar tanıyı genellikle peroperatif dönemde alırlar. Preoperatif tanı konulabilen durumlarda radikal işlemlerden uzak durmak gerekir. Ancak laparotomi gereken ileus gelişmiş hastalarda amaç olabildiğince rezeksiyondan uzak durmak ve ansları saran kapsül yapısını çıkartmaya yönelik olmalıdır.

#### Teşekkür

Katkılarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi İsa Çam'a teşekkür ederiz.

#### Yazar Katkı Beyanı

Olgu sunumumuzda yazarların eşit katkısı bulunmaktadır.

#### Çıkar Çatışması

Çıkar çatışmamız bulunmamaktadır.

#### Finansal Destek

Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

#### Etik Kurul Onayı ve Onam

Hastadan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

#### Hakemlik Süreci

Kör hakemlik süreci sonrası yayınlanmaya uygun bulunmuş ve kabul edilmiştir.

#### 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. Foo KT, Ng KC, Rauff A, Foong WC, Sinniah R. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: The abdominal cocoon. *Br J Surg* 1978;65:427-430.
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. Çolak Ş, Bektaş H. Abdominal cocoon syndrome: A rare cause of acute abdomen syndrome. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2019;25:575-579.
5. Ping X, Li-Hua C, You-Ming L. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (or abdominal cocoon): A report of 5 cases. *World J Gastroenterol* 2007;13:3649-3651.
6. She HL, Ip PP, Cheung SC. Abdominal cocoon: Uncommon cause of intestinal obstruction in peritoneal dialysis patient. *Hong Kong Med J* 2012;18:539.
7. Wani I, Ommid M, Waheed A, Asif M. Tuberculous abdominal cocoon: Original article. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16(6):508-510.
8. Yip FW, Lee SH. The abdominal cocoon. *Aust N Z J Surg* 1992;62:638-642.
9. Cui X, Jing H, Zhao J, et al. Clinical analysis of long nasointestinal tube (LT) with gastrografin in the treatment of postoperative adhesive small bowel obstruction. *J Dalian Med Univ* 2017.
10. Harel Z, Bargman J. Noninfectious complications of peritoneal dialysis. In: Himmelfarb J, Sayegh M, editors. *Chronic kidney disease, dialysis, and transplantation: A Companion to Brenner & Rector's the Kidney*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. 468-473.
11. Yeniay L, Karaca CA, Çalışkan C, Fırat Ö, Sinan Muhtar SM, Akgün E. 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.