

Bir olgu nedeniyle sklerozan enkapsüle peritonit

Mehmet Kaplan¹, N.Mustafa Atabek¹, Bülent Salman², Osman Durmuş², Akif Abbasov³,
Xudayar Mustafayev³

¹Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Kırıkkale

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Beşevler, Ankara

³Azerbayjan Republic Ministry of Health Central Clinic Hospital, Bakü, Azerbaycan

Amaç: Cerrahi Kliniğimizde karşılaştığımız, nadir görülen idiopatik sklerozan enkapsüle peritonitli (SEP) bir vaka takdim edilmekte ve hastalığın klinik tablosu ve cerrahi tedavisi anlatılmaktadır. Makalenin amacı, literatür bilgileri ışığında SEP'in tüm klinik özelliklerinin gözden geçirilmesidir. **Olgu sunumu:** Hastanın tedavisi; fibröz dokunun çıkarılması, nekrotik bir ileal segmentin rezeksiyonu ve primer anastomozla barsak bütünlüğünün sağlanmasından oluşmaktaydı. Teknik açıdan sonuç iyi olmasına rağmen postoperatif beşinci günde anastomotik ve septik komplikasyonlar gelişti. Hastaya ikinci bir ameliyatla, ileumda anastomoz kaçağının olduğu segment ve kalın barsakta nekroz gelişen bir alan stoma şeklinde dışarı alındı. Postoperatif gidiş kötüydü. Abdominal sepsis ve pnömoni nedeniyle hasta kaybedildi. **Sonuç:** SEP nadir görülmesine rağmen ağır seyreder. En önemli komplikasyonu intestinal obstrüksiyondur. Özet olarak: (1) mümkünse membranın rezeksiyonuna çalışılmalı; (2) barsak yaralanması olursa, en proksimaldeki barsak segmenti stoma şeklinde dışarı alınmalı ve parsiyel rezeksiyonlar primer anastomoz edilmemeli, (3) asemptomatik hastalarda cerrahi tedaviden kaçınılmalıdır. İnce barsak obstrüksiyonunun ayırıcı tanısı ve cerrahi tedavisinde SEP mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Primer sklerozan peritonit, sklerozan enkapsüle peritonit, intestinal obstrüksiyon

A case report of sclerosing encapsulating peritonitis

Objective: We reported a rare case of idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (SEP) observed in our surgical department and described its clinical behavior and surgical treatment. The aim of this article was to review all clinical aspects of SEP in the light of literature. **Case report:** Treatment of the patient is consisted of removal of fibrous tissue, resection of a necrotic ileal segment and intestinal reconstruction primary anastomosis. From technical point of view the result was good but anastomotic and septic complications arose on fifth postoperative day. The patient was underwent second operation. Disrupted anastomotic segment in the ileum and a necrotic area in the large bowel were brought as stoma. Postoperative course was worse and the patient died due to abdominal sepsis and pneumonia. **Conclusion:** Though infrequent, but SEP is very severe. The main complication is intestinal obstruction. As a result: (1) resection of the membrane should be attempted when feasible; (2) in case of inadvertent intestinal wound(s), the most proximal one should be brought out as a stoma, and partial resections should not be anastomosed primarily, (3) no surgical treatment is required in asymptomatic patients. SEP should be kept in mind in the differential diagnosis and surgical management of small bowel obstruction.

Key Words: Primary sclerosing peritonitis, sclerosing encapsulating peritonitis, intestinal obstruction

Genel Tıp Derg 2002;12(4):147-150

Yazışma adresi: Dr. Mehmet Kaplan, Kırıkkale Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Servisi 71100, Kırıkkale.
E-posta: meplan69@hotmail.com

Sklerozan enkapsüle peritonit; başlıca komplikasyonu intestinal obstrüksiyon, enterokütanöz fistül, ince barsak nekrozu ve malnutrisyon olan, nadir görülen bir hastalıktır.

Morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır ve tanı konduktan sonra 4 ay içinde hastaların yarısından fazlası ölmektedir (1-8). Eğer preoperatif olarak teşhis edilebilirse ve hasta asemptomatikse ya da sadece parsiyel obstrüksiyon söz konusu ise konservatif tedavi tercih edilmelidir (9-16). Ancak hastalığın preoperatif tanısı güçtür ve neredeyse vakaların tamamına ameliyat sırasındaki bulgularla tanı konabilmektedir. Hastamız, 1998 yılına dek sadece 4 erkek idyopatik sklerozan enkapsüle peritonit vakası bildirilmesi nedeniyle özellik göstermektedir. Hastalığın nadir görülmesi ve henüz yeterli bir cerrahi yaklaşım planı oluşturulamamış olması nedeniyle, vakamızda yaşanan sorunlar ve primer sklerozan peritonitte tedavi taktikleri güncel literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Olgu sunumu

Bir yıl önce sigmoid karsinom nedeniyle ameliyata alınan 70 yaşındaki erkek hastanın; laparotomi sırasında karın içinde şaşırtıcı bir bulgu olarak paryetal periton ve ince barsakların birbirine yapışık olduğu ve bir kapsülasyon oluşturduğu tespit edilmiş. Kapsül disseke edildikten sonra operasyon standart olarak tamamlanmış. Hastada intestinal obstrüksiyon, ilk kez bu girişiminden 5 ay sonra başlamış ve daha sonra toplam 5 kez konservatif yöntemlerle tedavi edilmiş.

Son başvurusunda parsiyel intestinal obstrüksiyon tanısıyla kliniğimize yatırılan hastaya öncelikle konservatif tedavi ve parenteral nutrisyonel destek başlandı. İnce barsak pasaj grafisinde spesifik bir bulguya rastlanmadı. Hastaya oral başlandı ancak katı gıdaya geçildiğinde, akut intestinal obstrüksiyon bulgularının gelişmesi üzerine eksplorasyona karar verildi.

Eksplorasyonda, kalın bir fibröz kapsül ve paryetal peritonun tüm ince barsakları örttüğü, barsakların özellikle pelviste konglomerat oluşturacak şekilde birbirine yapıştığı tespit edildi. Güç bir diseksiyondan sonra yaklaşık 180 cm'lik bir proksimal ince barsak ansı ve terminal ileum korunacak şekilde kalan segmentler rezeke edilerek primer anastomoz uygulandı. Ayrıca inen kolonda oluşan bir serozal yırtık suture edildi. Histopatolojik incelemede; yoğun kollajenöz bağ dokusu içinde ince elastik kordonlar ve lenfositik hücre infiltrasyonu ile

karakterli nonspesifik enflamasyon ve fibrozis olduğu rapor edildi.

Hastada postoperatif 5. günde yüksek debili intestinal fistül gelişti. Fistülün konservatif tedaviye cevap vermemesi nedeniyle reoperasyona alınan hastada anastomoz hattı bozularak, stoma şeklinde dışarı alındı. İlginç bir bulgu olarak inen kolonda serozal yırtık için sütür konulan alanda nekroz tespit edilmesi üzerine bu bölgeye de kolostomi uygulandı. Postoperatif dönemde sepsis ve pnömoni gelişen hasta 52. gün kaybedildi.

Tartışma

Sklerozan enkapsüle peritonit (SEP), primer sklerozan peritonit, abdominal koza, idyopatik sklerozan peritonit genellikle aynı hastalık için kullanılan tanımlamalardır. Görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, periton diyalizi hastalarındaki sıklığın % 1.4 ile % 7.3 arasında olduğu bildirilmektedir. SEP, muhtemelen aynı patofizyolojik mekanizmalar üzerinden hastalığa neden olan birçok sebebin, daha çok ince barsakları etkilediği nadir görülen bir sendromdur. İdyopatik ya da sekonder olabilir. Her iki tipte de intraperitoneal fibroskleroz mevcuttur ve periton barsak looplarına yapışarak akut ya da kronik intestinal obstrüksiyona neden olmaktadır. SEP'nin en çok peritoneal diyaliz yapılan hastalarda (1-8), beta-bloker ilaç (practolol) kullananlarda (1,8-10), rekürren peritonit geçirenlerde (1), peritoneal kemoterapi uygulananlarda, karaciğer sirozlarında (3), peritoneal şant takılanlarda (8), intraperitoneal povidon iyodin kullanılanlarda (11) görüldüğü bildirilmiştir. Ancak herhangi bir sebep bulunamayan hastalar da idyopatik sklerozan peritonit (İSP) olarak tarif edilmiştir (12-15). Hastamızın ilk ameliyatında da benzer bulguların olması, etyolojik olarak suçlanan nedenlerden hiç birinin bulunmaması nedeniyle İSP peritonit tanısı almıştır. Tümör nedeniyle geçirdiği ameliyat hastalığın seyrini hızlandırmış ve tablonun dramatik olarak şiddetlenmesine neden olduğu düşünülmüştür.

İSP, daha çok genç kızlarda tarif edilmesine rağmen her iki cinsten ve her yaşta karşılaşılabilen bir hastalıktır. Bu hastalıkta, kalın fibrotik bir peritoneal kapsülün özellikle ince barsaklar olmak üzere tüm abdominal organları sarak yapıştığı, barsak loopları ve periton arasında güvenli diseksiyona izin

vermeyecek şiddetli adezyonların olduğu bildirilmektedir (13,14,16). Hastamız, 1998 yılına dek sadece 4 erkek İSP vakası bildirilmesi (16) nedeniyle özellik göstermektedir ve hastamızda tespit edilen makroskopik ve histopatolojik özellikler literatürle tamamen uyumlu bulunmuştur.

Bu hastalar akut ya da kronik intestinal obstrüksiyon bulgularıyla başvururlar (17). Bir kısım hastada, barsak konglomerasyonuna bağlı ele gelen kitle tespit edilebilir. Kronik intestinal obstrüksiyonu olan hastalarda uzun süre yeterli gıda alınamaması ve renal, kardiovasküler ya da malignensi gibi ek sistemik sorunlar nedeniyle malnutrisyon ve bağışıklık sistemi bozuklukları görülebilir. Hastalığın preoperatif tanısı güçtür ve neredeyse vakaların tamamına peroperatif bulgularla tanı konabilmektedir. Ancak dikkatli bir değerlendirme ile, gereksiz bir rezeksiyon ve komplikasyonlardan kaçınılabileceğini sağlayacak preoperatif tanı konabileceği de bildirilmektedir (16). Düz karın grafilerinde ve baryumlu grafilerde nonspesifik bulgular tespit edilir. Ultrason ve oral kontrastlı karın tomografilerinde asit, ince barsak segmentlerinin bir alanda kümelenmesi, duvar kalınlaşması ve bazen içinde barsakların yığıldığı kalın bir kapsül tespit edilebilir. Uzun süre periton diyalizi yapılan, beta bloker alan ya da karaciğer sirozlu hastalarda intestinal obstrüksiyon bulgularının gelişmesi, ultrafiltratta bozukluk, ele gelen kitle ve asit olması, mukozal patolojinin bulunmaması SEP'i akla getirmelidir (10,16,18).

SEP gelişmesinde bilinen risk faktörleri şunlardır: rekürren peritonit, dializatta asetat bulunması, intraperitoneal antiseptik (formaldehit, klorheksidin, sodyum hipoklorit, povidon iyodin gibi) kullanılması, beta bloker (praktolol, metoprolol, propranolol, atenolol gibi) kullanımı, silikon tüp konulması ve bilinmeyen faktörler. Hangisi olursa olsun hafif peritoneal stimülasyona aşırı reaksiyon veren hastalarda bu faktörlerin monositlerden IL-1 üretimine, IL-1'in de fibroblastları uyarak proliferasyona, kollajen birikimine ve fibröz doku oluşumuna neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu peritoneal kalınlaşmaya neden olan enflamasyon olayları içinde anastomoz iyileşmesinin bozulduğu, böylece kaçak, fistül ve nekroz olasılığının arttığı bildirilmiştir (1).

Literatürde sporadik olarak ya da çok merkezli retrospektif serilerde bizimkine benzer birçok olgu bildirilmiştir. Kittur ve arkadaşlarının (1) bildirdiği bir olguda rezeksiyon anastomoz sonrası kaçak, peritonit ve intraabdominal abse geliştiği, reopere edilerek anastomozun iki stoma şeklinde dışarı alındığı, 8 ay sonra ileostomi kapatıldığında tekrar anastomoz kaçağı geliştiği, anastomozun tekrar iki uç stoma şeklinde dışarı alındığı ancak hastanın sepsis nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Olgumuzda da, anastomotik iyileşmenin olmaması ve reoperasyon sırasında ilginç bir bulgu olarak inen kolonda serozal yırtık için sütür konulan alanda bile nekroz tespit edilmesi ve sepsise bağlı olarak hastanın kaybedilmiş olması literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir. Benzer deneyimler nedeniyle, cerrahların böyle vakalar için bir tedavi taktiği belirlemesi gündeme gelmiştir.

Literatürde SEP'te uygulanan tedaviler şunlardır: Kapsülün rezeksiyonu, parsiyel membran rezeksiyonu ve enteroliz, intestinal rezeksiyon ve primer anastomoz, rezeksiyon ve stoma, sadece diagnostik laparotomi, konservatif tedavi (evde parenteral nutrisyon, hastanede TPN, motilite düzenleyici ajanlar). Girişim yapılması zorunluluğu olanlarda kapsülün rezeksiyonu ve barsakların serbestleştirilmesi önerilmektedir. Ancak rezeksiyon yapılacaksa primer anastomoz yerine mutlaka stoma şeklinde dışarı alınması gereklidir. Cerrahiye bağlı mortalite ve morbiditenin çok yüksek olması nedeniyle bazen laparotomi ile tanı konduktan sonra, herhangi bir diseksiyon yapılmaksızın girişim sonlandırılarak, konservatif tedavi ile hastanın daha uzun yaşatılabileceği bile öne sürülmüştür (1,4,6,8,12-17).

Sonuç

Burada sunulan olgudan çıkarılan dersler ve literatür bilgilerinin rehberliğinde sklerozan enkapsüle peritonit tedavisinde; 1) preoperatif tanı konabilmişse ve akut karın bulguları yoksa cerrahi tedavi gereksizdir, 2) ancak cerrahi kaçınılmaz ise, mümkünse membran rezeksiyonu ve enterolizis uygulanmalı, 3) eğer rezeksiyon yapılacaksa primer anastomoz yapılmamalı, 4) operasyon sırasında oluşabilecek iyatrojenik barsak yaralanmaları primer onarılmamalı, bunun yerine mutlaka en proksimaldeki stoma şeklinde dışarı alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Kittur DS, Korpe SW, Raytch RE, Smith GW. Surgical aspects of sclerosing encapsulating peritonitis. Arch Surg 1990; 125:1626-8.
2. Nomoto Y, Kawaguchi Y, Kubo H, Hirano H, Sakai S, Kurokawa K. Sclerosing encapsulating peritonitis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis: A report of the Japanese Sclerosing Encapsulating Peritonitis Study Group. Am J Kidney Dis 1996;28:420-7.
3. Carbonnel F, Barrie F, Beaugerie L, Houry S, Chatelet F, Gallot D, et al. Sclerosing peritonitis. A series of 10 cases and review of the literature. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:876-82.
4. Assalia A, Schein M, Hashmonai M. Problems in the surgical management of sclerosing encapsulating peritonitis. Isr J Med Sci 1993;29:686-8.
5. Yokota S, Kumano K, Sakai T. Prognosis for patients with sclerosing encapsulating peritonitis following CAPD. Adv Perit Dial 1997;13:221-3.
6. Rigby RJ, Hawley CM. Sclerosing peritonitis: The experience in Australia. Nephrol Dial Transplant 1998;13:154-9.
7. Smith L, Collins JF, Morris M, Teele RL. Sclerosing encapsulating peritonitis associated with continuous ambulatory peritoneal dialysis: Surgical management. Am J Kidney Dis 1997;29:456-60.
8. Narayanan R, Bhargava BN, Kabra SG, Sangal BC. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. Lancet 1989;2:127-9.
9. Thompson RP, Jackson BT. Sclerosing peritonitis due to practolol. Br Med J 1977;1:1393-4.
10. Panting AL, Denham HE. Drug-induced sclerosing peritonitis. N Z Med J 1977;85:10-2.
11. Keating JP, Neill M, Hill GL. Sclerosing encapsulating peritonitis after intraperitoneal use of povidone iodine. Aust N Z J Surg 1997;67:742-4.
12. Cohen O, Abrahamson J, Ben-Ari J, Frajewicky V, Eldar S. Sclerosing encapsulating peritonitis. J Clin Gastroenterol 1996;22:54-7.
13. Burstein M, Galun E, Ben-Chetrit E. Idiopathic sclerosing peritonitis in a man. J Clin Gastroenterol 1990;12:698-701.
14. Yanagi H, Kusunoki M, Yamamura T. Possible development of idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. Hepatogastroenterol 1999;46:353-6.
15. Masuda C, Fujii Y, Kamiya T, Miyamoto M, Nakahara K, Hattori S, et al. Idiopathic sclerosing peritonitis in a man. Intern Med 1993;32:552-5.
16. Deeb LS, Mourad FH, El-Zein YR, Uthman SM. Abdominal cocoon in a man: Preoperative diagnosis and literature review. J Clin Gastroenterol 1998;26:148-50.
17. Pusateri R, Ross R, Marshall R, Meredith JH, Hamilton RW. Sclerosing encapsulating peritonitis: Report of a case with small bowel obstruction managed by long-term home parenteral hyperalimentation, and a review of the literature. Am J Kidney Dis 1986;8:56-60.
18. Carbonnel F, Barrie F, Beaugerie L, Houry S, Chatelet F, Gallot D, et al. Sclerosing peritonitis. A series of 10 cases and review of the literature. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:876-82.