

ANKAPSULE PERİTONİTİS

OKTAY, E., ÖNVURAL, A., DEMİR, N.,
ELBURUS, C., BAYATA, Ö.

ÖZET: Etiyolojisi, kliniği ve tedavisi hala tartışmalı olan ve ilk olarak 1927 yılında tanımlanmasına rağmen klasik kitaplarda pek geçmeyen bu antiteye jinekolojik literatürde çok nadir olarak rastlanmaktadır. Net klinik belirtiler vermeyen ankapsule peritonit tanısı sıklıkla laparatomide konmakta ve dikkat edilmeyen olgularda ölüme kadar varabilen komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır.

ABSTRACT: Oktay ERTEN, Ata ÖNVURAL, Namık DEMİR, Cengiz ELBURUS, Önder BAYATA Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Encapsulated Peritonitis.

Although Encapsulated Peritonitis was first described in 1927, its etiology, clinic course and treatment are still unclear and it is seldom described in gynaecologic literature, as well as in classical literature. The diagnosis of encapsulated peritonitis which has vague clinical symptoms is often made at laparotomy. In unnoticed cases complications that result in death might occur.

Anahtar sözcükler: Peritonitis, Eksploratris Laparotomi

Key words: Encapsulated Peritonitis, Eksploratris Laparotomy

Ankapsule peritonitis çok seyrek görülen olgulardandır. Literatürde periton kisti, sekonder intraperitoneal kist isimleri ile de geçmektedir. İlk defa 1927 yılında tanımlanmasına karşın klasik kitaplarda pek geçmeyen bu antite jinekolojik literatürde de çok nadirdir.

Ankapsule peritonitis barsakların üzerini zırh gibi saran fibröz yapıya sahip, sedefi-beyaz renkte ve visseral peritondan ayrı bir yapı olarak kabul edilir. Tanıyı ameliyat öncesi koymak çok zor olup, sıklık-

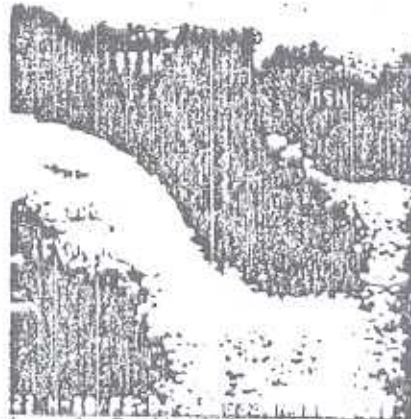
Prof.Dr.Oktay ERTEN, Prof.Dr.Ata ÖNVURAL, Yard.Doç.Dr.Namık DEMİR, Dr.Kemal DEMİRİZ, Dr.Cengiz ELBURUS, Dr.Önder BAYATA, DEÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

la eksploratris laparotomide tanı konmaktadır. Jinekolojide çok nadir görülen ankapsule peritonitisin bir olgu nedeni ile gözden geçirilmesinde yarar görülmüştür.

OLGU: Bayan N.B. 43 yaşında. Hastaya iki yıl önce myoma uteri nedeni ile total abdominal histerektomi ve sağ ooferektomi operasyonu uygulanmış ve postoperatif dönemi normal geçmişti. Bir ay öncesine kadar hiçbir yakınması olmayan hasta karın ve bel ağrısı yakınmaları ile 11.1.1988 tarihinde kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde ve ultrasonografik bakışında tüm pelvisi dolduran ve göbeğe kadar uzanan kistik bir kitle saptandı. Vajinal kafta herhangi bir patoloji saptanmadı. Karsinoembriyjenik antijen dahil yapılan tüm laboratuvar incelemelerinde herhangi bir patoloji bulunamadı.

Hastaya 13.1.1988 tarihinde eksploratris laparotomi uygulandı. Batın geniş pforomenstiel kesi ile açıldığında içi hemorajik görümlü sıvı ile dolu, umblikusun 1-2 cm altına kadar gelen kistik bir kitle saptandı. Sütür konularak 2.5-3 lt kist sıvısı boşaltıldı. Kese açıldı ve sol ovarium kese içinde normal olarak gözlendi. İnce barsaklar kistin üst duvarını oluşturmakta ve birtakım barsak ansları kist içinde yer almakta idi. Kistin alt duvarında mesane, yan duvarında parietal periton salim olarak gözlendi. Ooferektomi uygulandı. Kese kapsülünün batın ön duvarına uyan kısmı çıkartıldı. Geriye kalan kısmı batında ölü boşluk kalmayacak şekilde parietal peritona dikildi. Batın yıkandıktan sonra katlarına uygun olarak kapatıldı. Postoperatif dönem normal seyretti. İki ay sonra yapılan kontrolünde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın operasyon öncesindeki yakınmaları geçmişti.

Patolojik inceleme sonucu: Ovaryum normal, kist duvarı 3 mm kalınlıkta, fibröz bağ dokusuna benzer sedefi-beyaz renkte ve ankapsule peritonitis lehine yorumlanabilir olarak geldi (P.R. N.: 128/88-19/88).



Olguda Ankapsule Peritonitis Ultrasonografik Görünümü

TARTIŞMA: İlk kez 1927 yılında Ladislas Josa'nın ankapsule peritonitiden bahsettiği bilinmektedir. Daha sonra yayınlanan olguların çoğu Genel Cerrahi ve Patoloji literatüründe yer almaktadır(1,3,6). Bu çalışmaların hepsinde cerrahi yaklaşım olmadan tanı koyulamayacağı bildirilmektedir. Hatta dikkat edilmeyen olgularda kitlenin bir tümör sanılarak rezeksiyonuna gidilmesi sonucu ağır barsak yaralanmaları ve hatta ölüme varan ağır komplikasyonlar olmaktadır(1).

Etyolojide kesin bir etken bilinmemektedir. Peritonun kronik bir enflamasyon sürecine karşı özel bir reaksiyonu olduğu düşünülmektedir. İleri sürülen etyolojik faktörler içinde nonspesifik kronik gastro-intestinal ve jinekolojik enfeksiyonlarla, akut periton enfeksiyonları, over karsinomu ve mide karsinomu gibi malign tümörler ve tüberküloz sayılabilir. Tüberküloz en çok suçlanan etyolojik faktördür(2,4,5).

Olgumuzda patolojik ve klinik incelemelerde tüberküloza rastlanmadı.

Ankapsule peritonitide tanının çoğu kez laparotomi ile konmasından da anlaşılacağı gibi belirli bir klinik tablo yoktur. Bazı olgularda subileus ve ileus tablosuna rastlanıldığı bildirilmektedir ve de ana semptom olgumuzda da olduğu gibi karın ağrısıdır(2,3,4). Laparotomi öncesi kesin tanıya götürücü Radyoloji ve Ultrasonografik kriterler henüz tanımlanmamıştır. Genellikle ince barsakların ortada toplandığı, mide ve duodenumun yukarı itildiği gözlenebilir. Fakat bu bulgu jinekolojide rastlanması olası ovaryal ya da intraligamenter büyük kistlerde de gözlenebilir.

Laparotomi sırasında karşılaşılan, barsakların tümünü ya da bir kısmını zırh gibi saran membran parlak ve beyaz renktedir. Nadiren çok kalın olabilir. Sıklıkla ince görünümündedir. Membran parietal periton ile intestinal kitle arasında yer alıp parietal peritona çok az yapışır, genellikle hiç yapışıklık göstermez denilmekte ise de olgumuzda klivaj yapışıklık nedeni ile çok zor olarak bulunabilmiştir(6).

Ankapsule peritonitisi barsağın gelişme anomalilerinden biri olan peritoneal ankapsulasyon'dan ayırmak gerekir. Peritoneal ankapsulasyon barsakları saran peritona ait bir membrandır(1).

Jinekoloji literatüründe ankapsule peritonitise ait hepsi yabancı kaynaklı olmak üzere çok az yayın vardır. Yaptığımız araştırmada jinekolojik orijinli Türkçe neşriyate rastlayamadık. Bu yayınların birinde kistin vaginal drenaj yapılarak boşaltılması bir tedavi metodu olarak bildirilmekte ise de(3), konumuzca bunun yapılabilmesi kesin tanının ancak laparotomi öncesi konması ile olabilir. Oysaki bu prosedürün hakiki bir ovaryen ya da ligamentöz kistten ayrılması

yukarıda da değinildiği gibi hemen hemen olanaksızdır. Ayrıca bu tedavi şekli gerçek kistlerde hatalı bir girişimdir.

Ankapsule peritonitisi preoperatif dönemde tanımlamak için iyi bir anamnez alınması, kistin fiksasyonu ve belirgin bir kist duvarı görülememesi, kistin pelvis orta hattında bulunması gibi belirtiler şüphe uyandırıcı olarak kabul edilebilir.

Jinekolojide çok nadir görülen bu antitenin daha önce bir pelvik enfeksiyon ve özellikle ovaryum ya da ovaryumları bırakılarak yapılmış bir jinekolojik operasyon geçiren hastalarda gözönünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak isteriz. Brütal cerrahi girişimler sonucu bu prosedürün tanınmaması nedeni ile ölüme kadar varabilecek ağır komplikasyonlar olabileceği düşünülürse bu klinik antitenin önemi ortaya çıkar.

KAYNAKLAR

- 1.Canda, T. Canda, M.Ş.: Ankapsule Peritonitis. Ege Üniversite: Tıp Fak. Dergisi 1980; 25(3): 1149-1153.
- 2.Falk, H.C. Bunkin, I.A.: Intraperitoneal cysts simulating ovarian cysts. Diagnosis and Treatment. Obstet. Gynecol. 1953; 1: 153.
- 3.Friedman Stanley: Secondary intraperitoneal cysts. New York State Journal of Medicine, 1966; 1: 407-409.
- 4.Lewin, E. Mc.Carthy, L.J.: Peritoneal encapsulation of the small intestine. Gastroenterology. 1970; 59(2): 270272.
- 5.Premont, M.J. Boisselle, C. Deyean, C. Stephan, C.: Peritonites encapsulantes: A propos de 4 cas dont 2 associes a des perforations Jejuno-ileales. J. Chir. (Paris). 1972; 104(1-2): 23-36.
- 6.Yurdaydın, C. Kurterdem, E. Aras, N. Aksoy, F. Ertan, A. İmamoğlu, K.: Üç olgu nedeniyle Ankapsule Peritonitis, Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi 1980; 33(4): 649-656.