

Nadir Görülen Bir Adneksiyal Kitle: 25 Yıllık Gosipiboma

Gazi Yıldırım, Nilüfer Çetinkaya, Cem Fıçıcıoğlu

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

Adres: Gazi Yıldırım, Yeditepe University Hospital, Devlet Yolu, Ankara Cad. No:102-104. 34752.

Kozyatagi. Istanbul-Turkey

Tel: +90 - 532 - 430 1513 **Fax:** +(90) - 216 - 578 4957 **e-mail:**gaziylDIRIM@gmail.com

ÖZET:

Yirmibeş yıllık yabancı cisme (gosipiboma) bağlı bir pelvik kitle vakasını bildirdik. Fizik muayene, ultrasonografi, laboratuvar ve MRI sonrası 48 yaşındaki hastamız şüpheli adneksiyal kitle ön tanısıyla laparotomiye alındı. Operasyonda sağ pelvik kompleks kitle görüldü. Kitle içinden yabancı cisim (gazlı bez) parçaları izlendi. Yaygın adezyolizis yapıldı. Histolojik incelemede kronik inflamasyon, yabancı cisim çok nukleuslu dev hücreler ve fibroplastik proliferasyonla çevrili yabancı cisim materyalleri görüldü. Hastanın öyküsünde 25 yıl önceki perfore appendektomi dışında bir batın ameliyatı yoktu. Bu kitle 25 yıl sonra gosipibomaya bağlı olarak oluşmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gosipiboma, yabancı cisim, pelvik kitle

ABSTRACT:

A Rare Adnexal Mass: A 25 Years Gossipiboma

We report a case of pelvic mass that caused by foreign body (gossypiboma) after 25 years. After physical examination, laboratory, ultrasonography and MRI findings with diagnosis of suspicious pelvic mass, 48 years old woman had undergone laparotomy. Operation revealed right side pelvic complex mass. Some pieces of foreign body (surgical sponge gauze) were extracted from the mass. Severe adhesions were removed. Histological examination showed foreign body material surrounded by chronic inflammation, foreign body-type multinucleated giant cells and fibroblastic proliferation. She has a perforated appendectomy 25 years ago, otherwise not specified. This mass caused by gossypiboma after 25 years.

Key Words: Gossypiboma, foreign body, pelvic mass

GİRİŞ

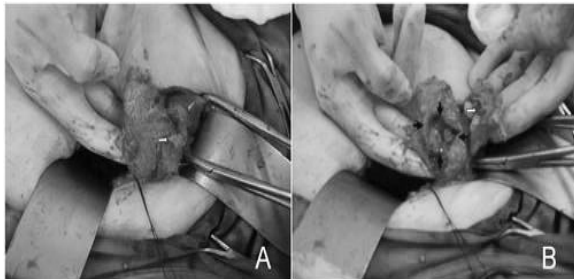
Cerrahi bir operasyon sırasında olguda unutulabilecek bir gaz postoperatif dönemde farklı şekillerde prezante olabilmektedir. Gaz - bakteri invazyonu olsun ya da olmasın - eksudatif bir reaksiyon oluşturarak abse formasyonuna neden olabileceği gibi, aseptik olarak yabancı cisim reaksiyonuna bağlı batın içi yoğun adezyon oluşumuna da yol açabilmektedir. Bu durum uzun yıllar asemptomatik olarak seyredabilmektedir. Semptomatik olgularda ise prezantasyon şekline göre klinikte akut ya da kronik intermittan ağrı görülebilmektedir. Yabancı cisim reaksiyonu reaktif olduğunda tümör varlığını taklit edebilmektedir. Gaz laparotomi insizyonundan ya da rektum, vajen gibi lumenli organlardan dışarı transmural migrasyonla spontan olarak atılabilmektedir (1). Barsak

tıkanıklığı, fistül oluşumu, peritonit oluşumu yanında transfrenik migrasyonla toraks boşluğuna geçişi de rapor edilmiştir (1). Cerrahi alet unutma insidansının 1/1000 ile 1/1500 arasında olduğu bilinmektedir (2). Unutulan objeler arasında en sık cerrahi gaz komplikasyonları görülmektedir. Cerrahi gaz dışında; kullanılan iğneler, fındık tampon vb. küçük nesnelere ve cerrahi sette bulunan her türlü alet potansiyel olarak batın içinde unutulabilmektedir. Unutulmuş cerrahi alet mortalitesi oldukça yüksek olup %20-25 kadar olduğu bilinmektedir. Biz bu yazımızda kompleks bir pelvik kitle nedeniyle opere ettiğimiz ve unutulmuş cerrahi gaz varlığını saptadığımız bir olgu ile konuyu ele almayı hedeflemiş bulunmaktayız.

OLGU

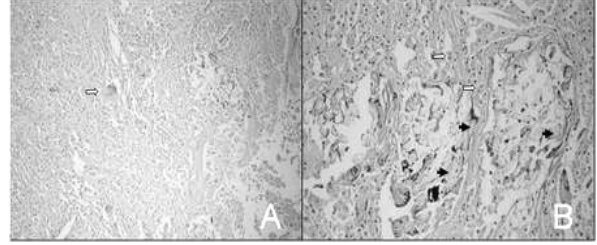
48 yaşında, G3P2A1 (2x NSVD) olan hasta klinikte kronik intermittan sağ kasık ağrısı şikayeti ile görüldü. Medikal geçmişinde on yıldır antihipertansif ilaç ile regüle hipertansiyon ve 25 yıl kadar önce geçirilmiş apendektomi (perfore appandisit tanısı ve laparotomi ile) öyküsü bulunmaktaydı. Siklus düzeni ve süresinde patoloji izlenmedi. Batın muayenesinde sağ alt kadrana lokalize derin palpasyon ile ağrı bulunmaktaydı. Rebound / defans izlenmedi. Vajinal muayenede pelvik iltihabi hastalığı düşündürten bir bulguya rastlanmadı, Tuşede servikal hareketlerde ağrı izlenmedi. Transvajinal ultrasonda uterus antevert-anteflex idi. Sağ adneksiyel alana lokalize yaklaşık 5x6 cm boyutunda, içerisinde internal ekolar içeren heterojen yapılı, solid komponentin bulunduğu kistik kitle saptandı. Tümör belirteçleri istendi ve ayırıcı tanı için pelvik MR görüntülemeye başvuruldu. Laboratuvar sonuçlarında tümör belirteçlerinin negatif olduğu görüldü. MR raporunda ise sağ adneksel lokalize bu oluşumun şüpheli olabileceğinin belirtilmesi üzerine hasta tanısallaparatomiye hazırlandı. Obezitesi olan hasta umblikus altı medyan kesi ile operasyona alındı. Peroperatif gözlemede; sağ adneksiyel alana lokalize, yoğun barsak anslarının üzerine adeze olduğu, belirtilen boyuttaki kitleye ulaşıldı. Kitle yüzeyindeki yoğun barsak adezyonları keskin ve künt diseksiyonlar ile düşürülerek kitle serbestleştirilmeye çalışıldı. Bu sırada meydana gelen barsak seroza hasarları separe 3/0 geç absorbe olan suturler ile onarıldı. Eksizyon sırasında heterojen yapılı kistik kitlenin duvarında açılma meydana geldi. İçerisinde; katı , sarımsı-kahve renginde, lifsel içerik olduğu görüldü (**Resim 1**).

Resim 1. İntraoperatif görünüm. (Beyaz oklar: Gazlı bez lifleri, Siyah oklar: Granulomatoz reaksiyona bağlı oluşmuş periovaryen kronik abse).



Dikkatli bir şekilde incelendiğinde inflamatuvar bir zeminde kopuk gaz parçaları olduğu görüldü. Mikrobiyolojik örnek alındı ve kitle duvarı içeriği ile birlikte dikkatlice çevre dokulardan diske edilerek permanent patolojiye gönderildi. Batına dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Postoperatif 3.gün hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Permanent patoloji raporunda gönderilen materyalde polarize ışığı çift kırın yabancı cisim kalıntıları, fibrozis ve yabancı cisim reaksiyonu olduğu belirtildi (**Resim 2**). Peroperatif alınan kültürlerde ise bakteriyel üreme olmadı.

Resim 2. Mikroskopik görünüm. (Beyaz oklar: dev hücreler, Siyah oklar: yabancı cisim lifleri).



TARTIŞMA

Cerrahi operasyonlar sırasında unutulmuş gaz ya da alet insidansının aslında literatürde verilen değerlerin üstünde olduğu düşünülmektedir. Çünkü çoğu olgu kayıtlara geçirilmemektedir. Ancak açılan malpraktis davaları sayesinde bu durum ortaya çıkartılmaktadır. Yapılan bir çalışmada unutulmuş cerrahi gaz insidansı index hastanede 1:5,027 olarak verilmiştir (3). Tüm hastalar incelendiğinde olguların çoğunda (%63,6) acil cerrahi girişim öyküsü olduğu, %45,5'inde obezitenin önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Toplam 11 hastanın dördünde histerektomi operasyonu sırasında, ikisinde ise apendektomi sırasında gaz unutulduğu saptanmıştır (3). Yine aynı çalışmada olguların ortalama tanı alma süreleri postoperatif 12. ay olarak belirtilmiştir. Acil cerrahi operasyonlarda insidansın daha fazla olması; cerrahın ve ekibin stresine ya da kıdemsiz cerrahların acil vakalarla daha fazla karşılaşılıyor olmasına bağlanmıştır. Olgu sayısının daha fazla olduğu diğer bir çalışmada ise; dört yıllık bir analizde, 191,168 operasyonun 68'inde unutulmuş yabancı cisim

varlığı şüphesinin olduğu , bunların 34'ünde kesin olarak unutulmuş cerrahi malzemenin saptandığı, 34'ünde ise postoperatif x-ray kontrolünde unutulmuş cerrahi malzeme saptanmadığı belirtilmiştir (yanlış sayım) (4). En sık unutulmuş malzemenin cerrahi gaz olduğu (23 olgu), ikinci sırada ise cerrahi iğnelerin (3 olgu) unutulduğu rapor edilmiştir (4). Bu çalışmada riskli grup olarak elektif cerrahiler ve abdominopelvik operasyonlar gösterilmiştir. İlginç olan, saptanan unutulmuş cerrahi malzemelerin %59'unda tanının rutin postoperatif x-ray görüntüleme sırasında konulmasıdır. Yani bu olgularda gaz ve alet sayımının postoperatif kontrollerde normal olduğu rapor edilmiştir.

Bu tür komplikasyonların önlenmesi için preoperatif dönemde iki kişi tarafından steril alana açılan cerrahi malzemeler sayılarak kayıtları tutulabilir. Postoperatif dönemde yine benzer şekilde sayımlar tekrarlanarak varsa eksik malzeme saptanabilir ve malzemeyi bulmak için x-ray çekimi yapılabilir. Cerrahlar sayımda bir eksiklik saptandığında cerrahi alanı tekrar visualize ederek eksik materyali olguda arayabilir. Bazı kurumlarda rutin olarak postoperatif dönemde yüksek çözünürlüklü radyografik görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemin maliyeti oldukça yüksek olup cerrahi gaz ve iğne kaybı gibi durumlarda tanı koymada yetersiz kalabilmektedir. En sık unutulmuş materyal cerrahi gaz olduğu için FDA tarafından kabul edilmiş üç tür cerrahi gaz işaretleyici sistem bulunmaktadır. Bunlar ; bar-coded sponges (BCS), radiofrequency-tagged (RF) sponges ve passive radiofrequency identification (RFID)-tagged sponges'dur (5). Bu sistemler ile postoperatif dönemde eksik olan gaz olguda aranmaktadır. Kullanılan gazların radyopak madde ile işaretli olmasına rağmen gossypiboma tanısı kolay değildir. Durumdan şüphelenmek gerekmektedir. Belirteçler kıvrılmaya-katlanmaya bağlı ya da zaman içinde dejenere olmaları nedeniyle kaybolabilmektedirler. Revesz ve ark. kullanılan gaz tipine göre unutulmuş gazın saptanmasında %3-25 arası yanlış negatiflik olduğunu göstermişlerdir (3). Yapılan bir çalışmada kayıp gazı saptamada x-ray grafi on olgudan sadece dördünde başarılı olmuştur (3). Kronik

olgularda ultrason, tomografi ve MR görüntüleme yararlanılmaktadır. Çünkü bu olgularda çoğu zaman unutulmuş malzeme bir tümörü taklit etmektedir. Unutulan cerrahi gaz , erken postoperatif dönemde akut eksudatif tip reaksiyona sekonder ağrı ile kendisini belli edebilmektedir. Yabancı cisim reaksiyonu ve granuloma oluşumu ise kronik dönemde görülmektedir. Bu sürede yabancı cismin granulomatöz ihtihapla çevrelenmesi, enkapsülasyonu ve iltihabi yanıtı sekonder barsak adezyonlarının oluşması ile klinikte kronik tipte ağrı görülmektedir. 'Gossypiboma' ya da 'textiloma' (koton kitlesi varlığı) granulomatöz reaksiyon varlığında kullanılan terimlerdir (2). Unutulan gazların yaklaşık %40 kadarı erken postoperatif dönemde-1.yıl içinde, %50 den fazlası ise postoperatif beşinci yıldan sonra tanı almaktadır (2). Literatürde en uzun postoperatif 40 yılda tanı alan olguya rastlanmaktadır (6).

Tanıdan şüphelenildiğinde tomografi ya da MR incelemeye başvurulabilir. Tomografide gaz baloncuklarının görüldüğü süngerimsi patern en karakteristik görüntüsü olsa da her zaman tomografide tanı konulamayabilmektedir (2). Unutulmuş gaz varlığını önlemek için merkezimizde preoperatif olarak açılan her materyal tek tek sayılmaktadır. Masadaki gaz sayısı, batın sayısı, iğne ve setlerde yer alan tüm materyaller sayılarak operasyon başlatılmaktadır. Operasyon sırasında batın duvarı kapatılmadan ve kapatıldıktan sonra olmak üzere iki kez gaz ve alet sayımı tekrarlanmaktadır. Eğer kayıp bir gaz ya da alet varlığı saptanırsa sayım tekrarlanmakta, cerrah batını açarak batın içeriğini kontrol etmekte ve hala eksiklik varsa hasta anestezi altındayken skopi çekilerek işaretli gaz ya da alet aranmaktadır.

REFERANSLAR

- 1.Lone GL , Bhat AH , Tak MY, Garcoo SA. Transdiaphragmatic migration of forgotten gauze sponge: an unreported entity of lung abscess. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;28:355-357.
2. Kim SR, Baik HK, Park YW. Retained surgical sponge presenting as a pelvic tumor after 25 years. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Aug;82(2):223-225.

3. Bani-Hani K, Gharaibeh K, Yagha R. Retained Surgical Sponges (Gossypiboma). *Asian J Surgery* 2008;28(2):109-115.

4. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg* 2008;207(1):80-7.

5. Regenbogen SE, Greenberg CC, Resch SC, Kollengode A, Cima RR, Zinner MJ, Gawande AA. Prevention of retained surgical sponges: a decision-analytic model predicting relative cost-effectiveness. *Surgery*. 2009 May;145(5):527-35.

6. Ivica M, Ledinsky M, Radic B, Savic A, Tomas D, Vidovic D, Tomljenovic M, Zovak M, Matejcic A, Nevajda B. After 40 years gossypiboma caused spleen abscess. *Coll Antropol*. 2009 Sep;33(3):973-5.