

تظاهر سیستمیک جسم خارجی باقی مانده در حفره پریتون (گوسیپیوما)

چکیده:

مقدمه و هدف: یکی از عوارض نادر اعمال جراحی باقی ماندن جسم خارجی در حفرات بدن می‌باشد که منجر به مشکلاتی برای بیمار؛ پزشک و بیمارستان می‌شود. گوسیپیوما یک عارضه نادر جراحی است که شامل یک توده یا ضایعه سیستمیک مانند ناشی از باقی ماندن گاز جراحی در بدن بیمار می‌باشد. باقی ماندن جسم خارجی منجر به ایجاد توده، فیستول، آبسه و انسداد بعد از عمل جراحی شده و از طریق بررسی‌های رادیولوژیک تشخیص داده می‌شود. در تمام بیمارانی که از درد، توده قابل لمس و یا عفونت بعد از عمل شکمی هستند باقی ماندن جسم خارجی باید در لیست تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد. در این مقاله یک بیمار با دو عدد گاز و لنگاز باقی مانده در شکم با تظاهر سیستمیک معرفی می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۳۲ ساله بود که در سال ۱۳۸۸ به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج مراجعه نمود و تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. بیمار مذکور در سال ۱۳۸۷ تحت عمل سزارین قرار گرفته بود و بعد از عمل از درد شکم، بی‌اشتهایی و کاهش وزن شکایت داشت. در مراجعات به پزشکان متخصص بررسی‌های انجام شده شامل: آزمایش‌های مختلف، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و اندوسکوپی بوده است که یافته‌های سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن دال بر وجود دو عدد کیست با جدار کلسیفیه در طرفین شکم بود. بیمار با تشخیص کیست هیداتید به جراح معرفی می‌شود. یافته‌های حین عمل توده کیستیک با چسبندگی به احشاء در سمت راست و توده کولون نزولی در سمت چپ بود. یافته پاتولوژی وجود گاز در توده سمت راست و لنگاز در داخل روده در سمت چپ بوده است.

نتیجه‌گیری: در بیماران بعد از عمل جراحی که با درد شکم و یا توده شکمی مراجعه می‌کنند، باقی ماندن جسم خارجی باید در لیست تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: گوسیپیوما، جسم خارجی، توده کیستیک

سعادت محرابی*
صدراله محرابی**

*متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی عمومی
**فوق تخصص اورولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، گروه اورولوژی

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۹/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۰/۱۳

مؤلف مسئول: سعادت محرابی
پست الکترونیک: dr.s.meh544@gmail.com

مقدمه

داخل روده یا عروق، ایجاد فیستول و یا سندرم سپتیک شود(۵). مکانیسم نفوذ به داخل جدار روده به این صورت است که جسم خارجی به وسیله روده و امتنوم به منظور ایجاد کپسول در اطراف جسم خارجی احاطه می‌شود. فشار خارجی و التهاب جدار روده منجر به نکروز و تخریب جدار روده و نفوذ نسبی و یا کامل به داخل روده و نهایتاً ایجاد انسداد و یا فیستول می‌شود. بیماران معمولاً با علائم غیر اختصاصی مانند؛ درد، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و کاهش وزن مراجعه می‌کنند. تشخیص نیازمند شک بالای جراح می‌باشد و می‌توان از بررسی‌های رادیولوژیک مانند؛ گرافی ساده شکم، سونوگرافی سی‌تی‌اسکن و MRI کمک گرفت. بررسی‌های انجام شده سی‌تی‌اسکن و MRI را به عنوان بهترین روش‌های تشخیص جسم خارجی نشان داده‌اند.

درمان جسم خارجی باقی‌مانده خارج کردن جسم خارجی می‌باشد که از طریق لاپاراتومی مجدد و نیز روش‌های اندوسکوپی یا لاپاراسکوپی امکان پذیر می‌باشد(۶ و ۷). هدف از این مقاله گزارش یک مورد با دو عدد گاز و لنگاز باقی‌مانده در شکم با تظاهر سیستیک می‌باشد.

یکی از عوارض نادر اعمال جراحی باقی‌ماندن جسم خارجی در شکم می‌باشد. اسفنج جراحی یا گاز شایع‌ترین جسم خارجی باقی‌مانده در بدن می‌باشد که به آن گوسیپیوم اطلاق می‌شود که یک عارضه نادر جراحی است. گوسیپیوم^(۱) یک کلمه لاتین به معنی پنبه یا پارچه نخی^(۲) می‌باشد و بوما^(۳) به معنای محل پنهان شدن^(۴) است. اگر چه میزان بروز واقعی مشخص نیست، ولی یک مورد در هر ۱۰۰ تا ۳۰۰۰ در اعمال جراحی و یک مورد در هر ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ اعمال جراحی شکم گزارش شده است(۲ و ۱).

پاسخ بیمار به باقی‌ماندن گاز در بدن به دو صورت است؛ نوع اول به صورت حاد و التهابی و اگزوداتیو است و به صورت آبسه تظاهر پیدا می‌کند و منجر به تشخیص زود هنگام و جراحی می‌شود، نوع دوم به صورت تأخیری و غیر سپتیک و همراه با چسبندگی و واکنش فیبروتیک و ایجاد کپسول در اطراف جسم خارجی است و ممکن است تا ماه‌ها و یا حتی سال‌های متمادی تشخیص داده نشود(۴ و ۳). در یک مورد خانمی ۷۰ ساله به دنبال عمل جراحی یورترو لیتوتومی، ۲۸ سال بعد علامت دار می‌شود که تشخیص باقی‌ماندن جسم خارجی بعد از عمل بوده است(۵).

جسم خارجی باقی‌مانده در حفره پریتونئ ممکن است باعث تومور کاذب، انسداد روده، نفوذ به

1-Gossypium
2-Surgical Sponge or Cotton
3-Boma
4-Place of Concealment

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۲ ساله بود که در سال ۱۳۸۸ به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج مراجعه نمود و تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. بیمار مذکور در سال ۱۳۸۷ تحت عمل سزارین قرار گرفته بود و بعد از عمل از درد شکم، بی اشتهایی و کاهش وزن در پنج ماه آخر نیز از اسهال شکایت داشت. بیمار تالاسمی مینور بوده و در شمارش کامل خون هموگلوبین ۹/۴ دسی‌لیتر، ایندکس هموگلوبین پایین و سرعت رسوب گلول‌های قرمز ۳۸ میلی‌متر بر ساعت بود. بقیه آزمایش‌ها شامل؛ تجزیه ادرار، آزمایش عملکرد کلیه، کبد و الکترولیت‌ها طبیعی بوده است. آزمایش کیست هیداتید انجام نشد. بیمار به دلیل درد اپی گاستر و بی‌اشتهایی تحت اندوسکوپی قرار گرفت که طبیعی گزارش شد. در سونوگرافی توده کلسیفیه با قطر ۶۸ میلی‌متر در ناحیه مدیال به کلیه چپ گزارش شد. سی‌تی اسکن دو توده کیستیک با اندازه ۶۰×۷۰ میلی‌متر در سمت چپ و ۴۵×۶۵ میلی‌متر در سمت راست را نشان داد که به نفع کیست هیداتید کلسیفیه غیر فعال تفسیر شد (تصویر ۱). بیمار با تشخیص کیست هیداتید کاندید عمل جراحی شد.

بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. در سمت راست توده‌ای با چسبندگی‌های خفیف به روده‌ها، منتوم و چسبندگی شدید به نوک آپاندیس وجود داشت (تصویر ۲)، که چسبندگی‌ها آزاد شد و همراه با آپاندکتومی رزکسیون توده انجام شد. در

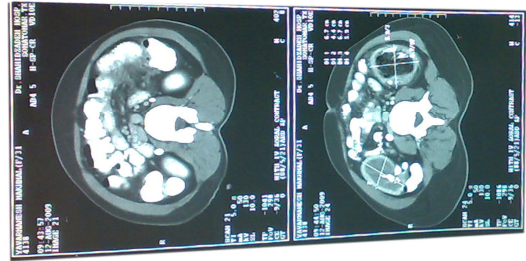
سمت چپ کاملاً با سمت راست متفاوت بود و توده‌ای جامد در داخل کولون نزولی وجود داشت که از نظر ظاهر و لمس توده شبیه تومور کولون نزولی بود و ظاهر روده به جز یک چین‌خوردگی جزئی در همین ناحیه کاملاً طبیعی بود. علی‌رغم شکایت بیمار از اسهال به نظر می‌رسید که توده باعث انسداد کامل روده شده است. رزکسیون توده و آناستوموز انجام شد. روده رزکسیون شده باز شد. توده‌ای گرد و سفید و سنگ مانند در داخل روده بود که به همراه نمونه سمت راست برای پاتولوژی فرستاده شد. جواب پاتولوژی هر دو نمونه جسم خارجی بود. نمونه‌ها مجدداً به وسیله جراح بررسی شدند. نمونه سمت راست توده‌ای با جدار ضخیم و کلسیفیه که محتوی آن یک گاز بود (تصویر ۳) و نمونه سمت چپ یک لنگاز بود که به داخل روده نفوذ کرده و با چین خوردگی روده روی آن کاملاً مخفی شده بود (تصویر ۴). بیمار ۵ روز بعد از عمل جراحی دچار درد شکم، تب بالا و لوکوسیتوز شده که با تشخیص نشت آناستوموز و پریتونیت تحت عمل لاپاراتومی مجدد قرار گرفت و شستشوی شکم و کلتومی برای وی انجام شد و پس از یک هفته از عمل دوم با آزمایش‌های طبیعی و با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد تا در عمل بعد اقدام به بستن کلتومی شود. در پیگیری بعد از ترخیص نیز بیمار مشکلی نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از عوارض نادر، ولی قابل پیشگیری اعمال جراحی شکم و لگن باقی‌ماندن جسم خارجی در حفره پریتونئ می‌باشد (۲ و ۱)، لذا هدف از این مقاله گزارش یک مورد با دو عدد گاز و لنگاز باقی‌مانده در شکم با تظاهر سیستیک بود.

هر بیماری که بعد از عمل جراحی با درد یا عفونت و یا توده قابل لمس مراجعه کند، باید جسم خارجی باقی مانده در لیست تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد. شرح عمل بیماری دال بر شمارش صحیح مواد و وسایل مورد استفاده در جراحی نباید پزشکی را از قراردادن جسم خارجی در لیست تشخیص‌های افتراقی منصرف کند. از نظر بررسی رادیولوژیک اگر چه گرافی ساده شکم ممکن است نشان‌گر رادیو اپاک گاز باقی مانده را نشان دهد ولی به علت تا خوردگی و یا از هم پاشیدگی مارکر جراحی ممکن است در گرافی ساده تشخیص داده نشود (۳ و ۴).

سونوگرافی معمولاً توده‌ای سیستیک با اکوی میکس را نشان می‌دهد. سی‌تی‌اسکن معمولاً توده‌ای با دانسیته بافت نرم و الگوی اسفنجی که محتوی حباب‌های هوا می‌باشد را نشان می‌دهد و در موارد توده سیستیک نیز توده‌ای را با دانسیته هتروژن و محتوی نقاط کلسیفیه و جدار ضخیم نشان می‌دهد (۵ و ۶). MRI توده ای با دانسیته بافت نرم و کپسول مشخص و ضخیم و نمای داخلی مارپیچی^(۱) را نشان می‌دهد (۶). بنابراین در بیماری با سابقه عمل



تصویر ۱: سی‌تی‌اسکن بیمار که به طور واضح دو توده سیستیک با دانسیته مختلف را در طرفین شکم نشان می‌دهد.



تصویر ۲: توده سمت راست شکم با چسبندگی شدید به آپاندیس پس از خارج کردن از شکم بیمار



تصویر ۳: توده سمت راست شکم محتوی گاز جراحی پس از باز کردن توده



تصویر ۴: لنگاز خارج شده از کولن به صورت باز شده در کنار قسمت رزکسیون شده کولن نزولی (سمت چپ)

1-Whorled internal Configuration

بعد از هفته ۲۸ تومور کاذبی در شکم وجود داشت که پس از باز کردن محتوی گاز جراحی بود(۸).

در مورد دیگری که به وسیله راسیم و همکاران^(۲)(۲۰۰۳) گزارش شد، خانم ۷۴ ساله‌ای ۳ سال بعد از عمل جراحی کوله سیستمیکتومی و ترمیم فتق نافی با انسداد روده کوچک مراجعه کرد که در بررسی با سی‌تی‌اسکن توده‌ای با دانسیته بافت نرم و دیواره ضخیم محتوی نواحی با دانسیته بالا و حباب‌های هوا گزارش شد. بیمار تحت عمل لاپاراتومی ورزکسیون و آناستوموز ژژنوم قرار گرفته و پس از باز کردن توده مشخص شد که محتوی توده یک حوله جراحی^(۳) می‌باشد که به داخل روده نفوذ کرده است(۹).

در موردی که به وسیله راجبو و همکاران^(۴)(۲۰۰۶) گزارش شد، خانمی ۲۶ ساله ۲ ماه بعد از عمل جراحی کوله سیستمیکتومی باز با انسداد خروجی معده مراجعه کرد که پس از عمل جراحی مشخص شد که گاز جراحی به داخل دئودنوم نفوذ کرده است(۱۰). در داخل شکم علاوه بر حفره پریتون، در داخل مثانه نیز جا ماندن گاز جراحی به مدت ۱۹ ماه گزارش شد که با علایم تحریکی در دستگاه ادراری همراه بود(۱۱).

باید باقی ماندن جسم خارجی در تشخیص افتراقی در هر بیماری که بعد از عمل جراحی با درد، عفونت و یا توده قابل لمس مراجعه می‌کند، قرار گیرد.

جراحی قبلی در صورتی که MRI توده‌ای را با خطوط ماریچی مرکزی و حاشیه دنداندار در سطح داخلی دیواره محیطی نشان دهد، احتمال گوسیپیوما مطرح می‌شود(۷).

در بیمار معرفی شده در مقاله حاضر سونوگرافی توده‌ای جامد و هیپراکورا در سمت چپ مطرح کرده بود و در سی‌تی‌اسکن ۲ توده با ندول‌های کلسیفیه متعدد در داخل و جدار به نفع کیست هیداتید کلسیفیه گزارش شده بود. در بررسی مجدد سی‌تی‌اسکن بعد از عمل جراحی دانسیته توده سمت چپ با راست متفاوت است و توده سمت چپ حاوی حباب‌های هوا می‌باشد که نشان دهنده نفوذ جسم خارجی به داخل روده می‌باشد. بنابراین در بیماران با درد شکم بعد از عمل جراحی و توده کیستیک حاوی کلسیفیکاسیون و نیز بیماران با انسداد روده بعد از عمل جراحی جسم خارجی باید مد نظر باشد. در مورد معرفی شده در مقاله حاضر، بیمار با درد شکم و کاهش وزن و بی‌اشتهایی مراجعه کرده و در چند ماه آخر اسهال نیز داشته است که احتمالاً به دلیل نفوذ نسبی جسم خارجی به داخل لومن روده و تحریک و التهاب مخاط روده بوده است.

در موردی که به وسیله شاهی و همکاران^(۱)(۲۰۰۹) گزارش شد، خانمی ۲۵ ساله در حاملگی اول با سن حاملگی ۳۴ هفته که در سونوگرافی توده‌ای بزرگ و سیستمیک با تشخیص کیست درموئید در سمت راست رحم گزارش شده بود، پس از عمل سزارین

1-Shahi et al
2-Rasim et.al
3-Surgical Towel
4-Raieev Sharma et al

تشخیص گاز با گرافی ساده ممکن است مشکل باشد. بهترین روش برای تشخیص سی‌تی‌اسکن یا MRI می‌باشد و درمان بیماری جراحی است. برای جلوگیری از باقی ماندن جسم خارجی شمارش وسایل مورد استفاده در جراحی باید قبل و بعد از عمل به دقت صورت گیرد و جراح نظارت دقیق بر شمارش داشته باشد و فقط به شمارش لوازم عمل به وسیله پرسنل تکیه نکند. در پایان عمل، محل عمل را بررسی کرده و در هنگام بستن جدار شکم ترجیحاً از گاز جراحی استفاده نکند.

Systemic Presentation of Retained Foreign Body in the Peritoneal Cavity (Gossypiboma)

Mehrabi S^{*,†}
Mehrabi S^{*}

*Assistant Professor of General Surgery, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

†Associate Professor of Urology, Department of Urology, Faculty of Medicine, Yasouj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received:20/12/2009

Accepted:03/01/2010

Corresponding Author: Mehrabi S

Email: dr.s.meh544@ gmail.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: One of the infrequent complications of surgical operations is retained foreign body in body cavities which lead to morbidity and mortality for patients and also medico-legal problems for surgeons. Gossypiboma is an uncommon surgical complication, which is defined as a mass or cystic lesion due to retained surgical sponge in the abdominal cavity. Retained foreign body causes abscess, fistula, mass, obstruction after surgical operations and is diagnosed by x ray evaluation. In all patients, it is presented with pain, palpable mass. The infected post operation retained foreign bodies should be considered in differential diagnosis. In this study, we reported a patient with systemic presentation of retained two foreign bodies (surgical sponge) in abdominal cavity.

Case: The patient is a 32 years old female, which after cesarean section in 2008 developed abdominal pain, anorexia, and weight loss. The patient was referred to a specialist, and para-clinical checkup was done on her. In sonography and CT-scan, two cystic lesions with calcified wall were reported in the left and right sides of the abdomen.

Then, the patient was referred to a surgeon with the diagnosis of hydatid cyst. During operation, cystic lesion with adhesion to viscera in the right side of the abdomen and a mass lesion in the descending colon in the left side were seen. The pathology report showed a surgical sponge in the right cystic lesion and surgical towel in the descending colon.

Conclusion: Retained foreign bodies should be considered in differential diagnosis of any post operative patients who are presented with pain, infection, or palpable mass.

Keywords: Gossypiboma, Foreign body, Cystic lesion.

REFERENCES:

1. Yuwenya A, Dogo PM, Ahmed A, Nmadu PT. The retained surgical sponge following laparotomy. Nigerian Journal of Surgical Research 2006; 8(3-4):164-8.
2. Fortia ME, Bendaoud M, Sethi S. Abdominal Gossypiboma (Textilioma). Abdominal Gossypiboma (Textilome). The Internet Journal of Radiology 2008;9(1): 343-5.
3. Aminian A. Gossypiboma: a case report. Cases J 2008; 1: 220.
4. Zbar AP, Agrawal A, Saeedian T, Utldjlan MRA. Gossypiboma revisited: a case report and review of the literature. J R Coll Surg Edinb 1998; 43: 417- 8.
5. Jarbou SM, Alkurdi M, Al-Daod K. Pseudotumour due to retained surgical sponge (gossypiboma). Eastern Mediterranean Health Journal 2004; 10(3): 455-7.
6. Angus R, Connor O, Fergus V. Coakley, Maxwell V. Meng and Stephen Eberhardt. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. AJR 2003; 180: 489.
7. Chan Kyo K, Byung Kwan P, Hongil Ha. Gossypiboma in Abdomen and Pelvis: MRI findings in four patients. AJR 2007; 189: 817.
8. Shahi K, Geeta B, Rajput P. Forget me not- gossypiboma in pregnancy : report of a case. forget me nit – gossypiboma report of a case. The Internet Journal Of Surgery 2009;19(2) 55-8 .
9. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: Gossypiboma- case report. BMC Surgery 2003; 3:6.
10. Rajeev Sh, Atul S, Sanjay G, Kaushik R, Attri A. Gossypiboma eroding into the duodenum. Indian Journal of Surgery 2006; 68(5):276-9.
11. Rabani SMR, Moosavizadeh A. Gossypiboma, a case report. Armaghane – Danesh Quarterly Journal of Yasuj University of Medical Sciences 2007; 4(2): 109-13.