

Gastrointestinal Stromal Tümör mü? Kist Hidatik mi yoksa Gossipiboma mı? Olgu Sunumu

Mani Habibi*, Alper Saymer**, Hatice Ariöz Habibi***, Nurullah Bülbüller*

*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, **Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, ***Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü

ÖZ

Gossipiboma cerrahi bir işlem sonrası istemsiz olarak vücutta bırakılan cerrahi gaz tampon ya da kompres olarak tanımlanır. On beş yıl önce kolesistektomi operasyonu geçirmiş 52 yaşındaki erkek hasta karında şişlik yakınması ile başvurdu. Preoperatif kist hidatik intraoperatif gastrointestinal stromal tümör olarak değerlendirilerek kitle ile birlikte segmenter kolon rezeksiyonu yapıldı. Geçirilmiş operasyon öyküsü olup, intraabdominal kitle ile başvuran her hastada gossipiboma tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: cerrahi spançlar, gastrointestinal stromal tümörler, yabancı-cisim

ABSTRACT

Is It Gastrointestinal Stromal Tumor or Hydatid Cyst? If not, a Gossipiboma? Case Report

Gossipiboma is used to describe unintentionally retained surgical item in the body after an operation. A 52-year-old man presented with palpable abdominal mass fifteen years after cholecystectomy operation. It was diagnosed as hydatid cyst preoperatively and as gastrointestinal stromal tumor intraoperatively. Gossipiboma should be in the differential diagnosis of any postoperative patient who presents with palpable mass.

Keywords: foreign-body, gastrointestinal stromal tumors, surgical sponges

GİRİŞ

Gossipiboma (tekstiloma), cerrahi bir işlem sonrası istemsiz olarak vücutta bırakılan cerrahi gaz tampon ya da kompres olarak tanımlanır. Ender bir cerrahi komplikasyon olmasına karşın neden olduğu morbidite ve mortalite nedeniyle çok önemli bir medikolegal sorundur. Cerrahi sonrası erken dönemde enfeksiyon, apse veya fistül şeklinde presente olurken, asemptomatik kalıp yıllar sonra kitle olarak da karşımıza çıkabilir⁽¹⁾. Palpabl intraabdominal kitle ile kliğimize başvuran, preoperatif değerlendirme sonrasında gastrointestinal stromal tümör (GİST) veya tip 2 kist hidatik ön tanılarıyla opere edilen, eksplorasyonda ise kolon kaynaklı GİST olduğu düşünülen gossipibomalı bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Elli iki yaşında erkek hasta, karnının sağ yarısında son 4 ayda belirginleşen, ele gelen ağrısız şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesin-

de, karın sağ orta kadranda asimetri ve 15 yıl önce geçirdiği kolesistektomi operasyonuna ait olduğu öğrenilen sağ subkostal insizyon skarı gözlemlendi. Asimetriye neden olan yaklaşık 10 cm çapında, düzgün sınırlı, mobil kitle palpe edildi. Ara sıra olan karın ağrısı dışında kilo kaybı, iştahsızlık, kabızlık gibi yakınmalar eşlik etmemekteydi. Batın ultrasonografisinde, sağ orta ve alt kadranda en geniş boyutu 14x12x13 cm olan ileri derecede yoğun içerikli içerisinde kalın kalsifikasyonlar ve membranöz yapılar barındıran yoğun içerikli nispeten kalın cidarlı kistik lezyon izlendi. Üst batın bilgisayarlı tomografisinde (BT), tanımlanmış olan 13 cm çapta, düzgün sınırlı, iç yapısı heterojen kontrastlanma gösteren, kalın duvarlı transvers kolon kaynaklı/komşuluğunda kistik kitle lezyonu öncelikle Tip 2 kist hidatik ya da GİST ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Şekil 1). Eksplorasyonda; düzgün sınırlı bu kitlenin çevre dokuya yaygın yapışıklık gösterdiği ve karın ön duvarına invaze görünümde olduğu gözlemlendi. Kitle çevre dokudan künt ve keskin disseksiyonlar ile ayrıldı ve kitlenin transvers kolondan ayrıştırılamaması üzerine kitlenin kolondan

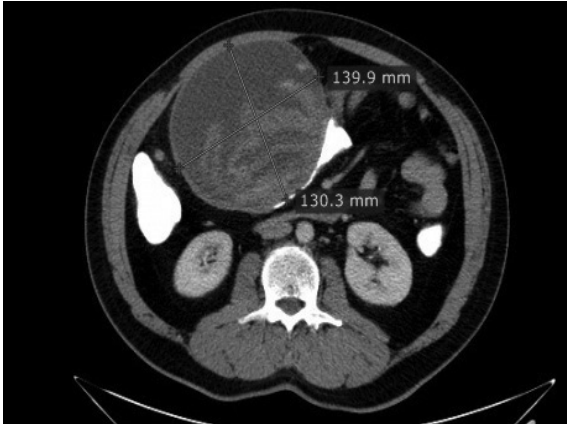
Alındığı Tarih: 27.03.2015

Kabul Tarihi: 24.06.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mani Habibi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

e-posta: manihabibi@gmail.com

köken alan GİST olduğu düşünülerek kitle ile birlikte segmenter kolon rezeksiyonu yapıldı (Şekil 2). Histopatolojik olarak, serozal yüzden kolona yapışık, düzgün sınırlı, 14 cm çapta kitleye kesit yapıldığında eksüda ve batın kompres görülmüştür (Şekil 3). Hematoksilin-Eozin boyalı kesitlerin mikroskopik incelemesinde, multinükleer dev hücrelerin yabancı cisimleri fagosite etmekte olduğu izlenmiştir (Şekil 4).



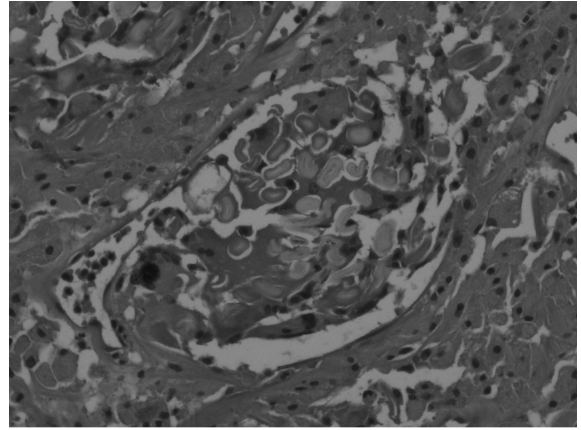
Şekil 1. Postkontrast transvers kesitte yaklaşık 14x13 cm boyutunda düzgün sınırlı heterojen kistik kitle lezyonu.



Şekil 2. Transvers kolona yapışık kitle lezyonu, intraoperatif görünüm.



Şekil 3. Kitleye kesit yapıldığında eksüda ve batın kompres görülmüştür.



Şekil 4. Multinükleer dev hücreler yabancı cisimleri fagosite etmekte (H&E, x200).

TARTIŞMA

Gossipiboma intraabdominal operasyonlarda 1/1000 ila 1/1500 arasında değişmektedir ⁽²⁾. Ancak kesin sayıyı belirlemek medikolegal sorunlar nedeniyle güçtür ⁽³⁾. Operasyonun yapıldığı merkezin yoğunluğu, cerrahinin acil olması ya da planlanan cerrahide beklenmedik değişiklikler olması ve obezite gossipiboma riskini artıran faktörlerdir ⁽⁴⁾.

Karın içinde bırakılan cerrahi materyal, apse oluşumuna yol açan eksüdatif reaksiyon veya yabancı cisme karşı gelişen aseptik fibrinöz granülomatoz yanıt olmak üzere iki farklı biyolojik tepkiyi tetikler ⁽⁵⁾. Semptomlar lokalizasyon, boyut ve gerçekleşen reaksiyon tipine bağlıdır. Kitle oluşumu olmadan erken dönemde ağrı ortaya çıkabileceği gibi çok uzun süre asemptomatik kalabilir. Hastalar intraabdominal kitle veya subakut bağırsak tıkanıklığı ile presente olabilir ⁽⁶⁾.

Gossipiboma tanısında radyolojik incelemeler, cerrahi materyal (gazlı bez, kompres vb.) üzerinde genellikle bulunan radyopak işaretler sayesinde oldukça sensitiftir, ancak eskiden kullanılan hemostatik malzemelerde radyopak işaretlerin kullanılmaması veya var olan işaretlerin uzun süren anti-inflamatuar süreçte bozulmaya uğraması preoperatif tanıyı güçleştirir ⁽³⁾. Literatürde gossipibomanın preoperatif dönemde kist hidatik, GİST, tüberküloz, overyan kanser, lenfosarkom şeklinde yanlış tanıları aldığı bildirilmiştir ⁽⁷⁾.

Gossipibomanın tedavisi genellikle cerrahidir ⁽⁶⁾.

Genellikle ilk ameliyat kesisinden çıkarılabileceği gibi endoskopik veya laparoskopik yollarla da çıkarılabileceğini belirten yayınlar vardır ^(6,8). Hastalığın kronikliği ve yoğun yabancı cisim reaksiyonu gossipiboma çevresinde yoğun adezyonlara neden olabilir. Olgumuzda görüldüğü gibi bazen bu adezyonların disseksiyonu olası olmayarak yapışıklık gösterdiği organla birlikte rezeksiyonlar gerekebilir.

Elbette ki en önemlisi bu durumun önlenmesidir. Tüm cerrahi materyalin titizlikle sayımının yapılması, prosedür bitiminde cerrahi alanın kapsamlı olarak eksplore edilmesi ve cerrahi tekstil ürünlerinde radyoopak işaretlerin rutin olarak kullanılması önlem için tanımlanmış önerilerdir ⁽⁹⁾.

SONUÇ

Preoperatif değerlendirmede olduğu gibi intraoperatif olarak da tanınması oldukça güç olan bu durum gereksiz hasta anksiyetesine ve radikal rezeksiyonlara neden olabilir. Geçirilmiş operasyon öyküsü olup, intraabdominal kitle ile başvuran her hastada gossipiboma tanısı akılda tutulmalıdır. Tabii ki en önemlisi gossipibomanın önlenmesidir. Bu yüzden cerrahlar önlem için tüm önerilere uymalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sözütek A, Karabuğa T, Bozdağ AD et al. Karaciğerde kitleyi taklit eden asemptomatik gossipiboma. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010;26:225-8.
2. Lincourt AE, Harrell A, Cristiano J et al. Retained foreign bodies after surgery. *J Surg Res* 2007;138:170-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2006.08.001>
3. Yanamura N, Nakajima K, Takahashi T et al. Intra-abdominal textiloma. A retained surgical sponge mimicking a gastric gastrointestinal stromal tumor: Report of a case. *Surg Today* 2008;38:552-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-007-3654-x>
4. Kawamura Y, Ogasawara N, Yamamoto S et al. Gossypiboma mimicking gastrointestinal stromal tumor causing intestinal obstruction: a case report. *Case Rep Gastroenterol* 2012;6:232-7. <http://dx.doi.org/10.1159/000338833>
5. Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: Retained foreign bodies after surgery-Part I. *Curr Probl Surg* 2007;44:261-337. <http://dx.doi.org/10.1067/j.cpsurg.2007.03.002>
6. Srivastava KN, Agarwal A. Gossypiboma Posing as a Diagnostic Dilemma: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Surgery* 2014; 2014: 713428
7. Rajagopal A, Martin J. Gossypiboma-"a surgeon's legacy": report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45:119-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-6124-1>
8. Singh R, Mathur RK, Patidar S et al. Gossypiboma: its laparoscopic diagnosis and removal. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004;14:304-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00129689-200410000-00017>
9. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. A unusual cause of small bowel obstruction: gossypiboma-case report. *BMC Surg* 2003;3:6. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-3-6>