

گزارش یک مورد جسم خارجی باقی مانده در حفره شکم (گوسیپیئوما)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۵/۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۱

چکیده

علی طاهری نیا^{۱*}، آزاده حیدرپور^۲،
روژین نیکرآی^۳

^۱گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم
پزشکی البرز
^۲پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی
کرمانشاه

مقدمه و هدف: گوسیپیئوما به معنای باقی ماندن جسم خارجی مثل گاز در شکم به دنبال عمل جراحی می‌باشد که از عوارض نادر جراحی می‌باشد. باقی ماندن جسم خارجی منجر به ایجاد توده، فیستول، آبسه و انسداد بعد از عمل جراحی می‌شود. CT scan یک روش بسیار ارزشمند در شناسایی گوسیپیئوما می‌باشد. در بیمارانی که با درد شکم و تظاهرات غیر قابل توجه پس از عمل جراحی مراجعه می‌کنند باید گوسیپیئوما را مد نظر قرار داد.

معرفی بیمار: بیمار یک خانم ۲۵ ساله می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ به بخش اورژانس یکی از مراکز آموزشی-درمانی مراجعه نمود و تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. بیمار در بدو مراجعه، درد شکم و تندرینس مختصر در ناحیه فوقانی چپ شکم به همراه ترشح چرکی از محل سوچور زخم قبلی داشت. بیمار فوق دو ماه پیش از مراجعه ی فعلی، به علت مالتیپل تروما و کاهش سطح هوشیاری به مدت ۲۵ روز در بیمارستان بستری بوده است بیمار ترومای نافذ ناحیه فلانک نیز داشته که در بررسی اولیه زخم، نفوذ به پریتون و رتروپریتون وجود نداشته و بیمار روزانه تعویض پانسمان و در نهایت سوچور شده بود. در گرافی شکمی بیمار یک توده رادیو اوپک در ناحیه لترال راست شکم و در CT scan یک توده ی گرد کیستیک دیده شد. بیمار به اتاق عمل منتقل و تحت لاپاروتومی قرار گرفت و سه عدد لنگازاز شکم بیمار خارج شد و بیمار پس از ۳ روز با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد.

نتیجه‌گیری: در بیماران با سابقه ی عمل جراحی که با درد و یا توده شکمی مراجعه می‌کنند، جسم خارجی باقی مانده باید در لیست تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد.

* نویسنده مسئول: گروه طب اورژانس،
دانشگاه علوم پزشکی البرز

۰۹۱۲-۲۸۹۰۸۱۴

E-mail: dr.alitaheriniya@gmail.com

کلمات کلیدی: گوسیپیئوما، جسم خارجی، توده ی کیستیک

مقدمه

است و وابسته به شرایط اقتصادی و اجتماعی و میزان پیشرفت سیستم بهداشتی می‌باشد.

گوسیپیئوما در حفره شکمی منجر به ایجاد دو پاسخ می‌شود: پاسخ آگزوداتیو که منجر به تشکیل آبسه می‌شود^۵ و نوع دوم پاسخ به صورت غیرسپتیک می‌باشد که همراه با ایجاد چسبندگی و ایجاد کپسول در اطراف جسم خارجی است و ممکن است تا سال‌ها باقی بماند.^۶ نتایج گوسیپیئوما می‌تواند منجر به عوارض جدی و مورتالیتی و موربیدیتی شود. پیشگیری تنها راه جلوگیری از بروز این عواقب است.^۸ درمان جسم خارجی باقی مانده، خارج کردن آن است که از طریق لاپاروتومی یا لاپاروسکوپی و روش‌های اندوسکوپی امکان پذیر است.^۹

"گوسیپیئوما" یک کلمه لاتین به معنای پنهان شدن پنبه یا پارچه نخی می‌باشد^۱ و دلالت بر وجود یک توده ی پنبه ای یا پارچه‌ای به دنبال جراحی می‌کند که می‌تواند باعث مشکلات طبی فراوان برای بیمار و مشکلات قانونی برای جراح شود.^۲

گوسیپیئوما اتفاقی بسیار نادر در کشورهای توسعه یافته است و به طور مشخص گزارش نمی‌شود و یک خطای قابل اجتناب برای جراح می‌باشد.^۱ حفره شکمی شایع ترین مکان برای به جا گذاشتن پنبه و گاز استریل می‌باشد.^۳

میزان بروز این خطا ۱ در هر ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ لاپاروتومی می‌باشد^۴ هرچند که این آمار در کشورها و مناطق مختلف نامشخص

هدف از این مطالعه گزارش یک مورد با ۳ عدد لنگاز باقی مانده در شکم با تظاهرات سیستمیک است.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۲۵ ساله بود که در سال ۱۳۹۰ با شکایت درد شکم در ناحیه فوقانی چپ از ۳۰ روز قبل، به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار در بدو مراجعه فشار خون ۱۰۰/۷۰ و ضربان قلب ۹۰ و درجه حرارت دهانی ۳۸.۱ درجه سانتی‌گراد داشت. از حالت تهوع شکمی بوده ولی استفراغ نداشت. در طی این مدت کاهش وزن نداشته ولی گاهی اوقات اسهال غیر خونی و تب مختصر را ذکر می‌کرد. در معاینه شکم، تندر نس در ناحیه LUQ و LLQ وجود داشته ولی شکم دیستانسیون نداشت. بیمار سابقه مالتیپل تروما و به دنبال آن کاهش هوشیاری را در ۶۰ روز گذشته ذکر می‌کرد که به مدت ۲۵ روز در بیمارستان و بخش ICU بستری بوده است. بیمار ترومای فلانک چپ با جسم برنده تیز داشته که در مرکز دیگری بررسی و پانسمان شده و اعزام شده بود. در بستری قبلی به علت ناپایدار بودن وضعیت عمومی در روزهای اولیه تحت CT scan شکم و لگن قرار نگرفته، در بررسی اولیه زخم نفوذ به پریتون و رتروپریتون نداشت، بدین ترتیب بیمار روزانه تعویض پانسمان می‌شده است. زخم بیمار طی بستری در ICU بخیه شده و پس از بهبود حال عمومی بدون بررسی تکمیلی از بیمارستان ترخیص شده است.

بیمار از ۵ روز پس از ترخیص از درد فلانک چپ شکمی بوده است و بدین منظور آنالژزیک دریافت می‌کرده است.

بیمار از ۱۰ روز قبل از مراجعه فعلی، ترشح چرکی از ناحیه ترمیم زخم پیدا می‌کند و با این شکایت به اورژانس مراجعه می‌کند (شکل ۱).

در آزمایشاتی که در بدو ورود از بیمار به عمل آمد، در شمارش کامل خون Hb:10.5، لکوسیت ۱۵۰۰۰ و سرعت رسوب گلبول‌های قرمز ۳۰ میلی‌متر در ساعت بود. بقیه آزمایش‌ها شامل تجزیه ادرار، آزمایش عملکرد کلیه و کبد و الکترولیت‌ها طبیعی بودند.

در گرافی شکمی که از بیمار به عمل آمد، یک جسم خارجی در ناحیه لترال چپ شکم رویت شد (شکل ۲).

بیمار تحت CT scan بدون کنتراست قرارگرفت که یک توده گرد به ابعاد ۴x۸ سانتی‌متر با نواحی رادیو اپاک در مرکز که اطراف آن را مایع کمی فراگرفته و به صورت کیستیک درآمده بود رویت شد (شکل ۳).



شکل ۱. زخم ناحیه فلانک و ترشح از محل زخم



شکل ۲. گرافی ساده شکم وجود جسم خارجی را نشان می‌دهد



شکل ۳. سی‌تی‌اسکن بیمار نشان‌دهنده جسم خارجی حاجب در یک فضای کیستیک داخل پریتون می‌باشد.

که در جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرند در ابتدا و انتهای جراحی مورد ارزیابی دقیق تحت نظارت مستقیم جراح قرار بگیرند.^۷ در موردی که توسط ویلون و پارک^{۱۴} گزارش شد یک لنگاز، ۱۱ ماه پس از لاپاراتومی در شکم بیمار یافت شد که منجر به دو مرتبه لاپاراتومی بیمار پس از جراحی اولیه گردید.

در موردی که به وسیله راجبو و همکارانش^۷ در سال ۲۰۰۶ عنوان شد خانم ۲۶ ساله ای که ۲ ماه قبل تحت جراحی کله سیستکتومی قرار گرفته بود پس از جراحی مشخص شد که گاز جراحی به داخل دئودنوم نفوذ کرده است.

گاوانده و همکارانش^{۱۱} پیشنهاد کردند که یک غربالگری رادیوگرافیک به صورت روتین در بیماران با ریسک بالا پیش از ترک اتاق عمل انجام شود.

شایع‌ترین علت باقی ماندن جسم خارجی در بدن پس از عمل جراحی، تغییرات برنامه ریزی نشده در مداخلات اورژانسی جراحی و جراحی بر روی بیماران چاق با چربی زیاد می‌باشد.^۲

اهمیت مورد گزارش شده در این مطلب است که گاهی اوقات گوسیپیوما می‌تواند به صورت خاموش باقی بماند و به صورت ناگهانی تظاهرات خود را بروز دهد. پیش‌گیری از اتفاق افتادن گوسیپیوما از درمان آن مهم‌تر می‌باشد.^{۱۵}

هدف از معرفی این مورد، بیان اهمیت این مطلب است که در بیمارانی که پس از جراحی با علائم غیر قابل توجه مراجعه می‌کنند گوسیپیوما باید مدنظر باشد.

بیمار به اتاق عمل منتقل و لاپاروتومی شد و تعداد سه عدد لنگاز همراه با ترشحات فراوان از سمت راست لترال شکم خارج و شست و شوی فراوان انجام شد. توده فوق به احشا شکمی چسبندگی نداشت.

بیمار پس از ۳ روز با حال عمومی خوب و بدون تب و لکوسیتوز از بیمارستان ترخیص شد.

بحث

گوسیپیوما شایع‌ترین جسم خارجی باقی مانده در بدن به دنبال اتمام جراحی می‌باشد و بایستی در لیست تشخیص افتراقی‌های درد شکم و عفونت پس از عمل جراحی قرار بگیرد.

میزان گوسیپیوما در کشورهای توسعه یافته پایین می‌باشد که می‌تواند به علت اتاق عمل‌ها و تکنیک‌های رادیولوژی پیشرفته باشد.^{۱۱و۱۰}

بیماران با شک به گوسیپیوما حتماً باید تحت CT scan قرار بگیرند که گاهی اوقات تنها کاری می‌باشد که برای این بیماران لازم است.^{۱۲}

زمانی که گوسیپیوما تشخیص داده می‌شود حتماً باید خارج شود گرچه گاهی اوقات بعضی روش‌های رادیولوژیک پرکوتانئوس هم باید مدنظر قرار بگیرد که البته این روش‌ها اغلب ناموفق بوده و یا عواقبی را به دنبال دارد.^{۱۳} بایستی تمام لنگازها و پارچه‌های نخ‌

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). *The Internet Journal of Radiology* 2008; 9(1): 343-5.
3. Ugochukwu AI, Amu O. Acute abdomen from Gossypiboma: A case series and review of literature. *European Journal of Scientific Research* 2011; 58(3):372-377.
4. Hyskop JW, Maull KL. Natural history of retained surgical sponge. *South Afric Med. J* 1982; 75: 657-660.
5. Gonzalez-Ojeda A. Retained bodies following intra abdominal surgery. *Hepato Gastro Entrology* 1999; 46: 808-12.
6. Aminian A. Gossypiboma: A case report. *Cases J* 2008;1:220.
7. 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.
8. Dakubo J, Clegg-Lampsey JN, Hodasi WM, Obaka HE, Asempta W. An intra-abdominal Gossypiboma. *Ghana Med J* 2009; 43(1):43-5.
9. Chan Kyo K, Byung Kwan P, Hongil Ha. Gossypiboma in abdomen and pelvis: MRI findings in four patients. *AJR* 2007; 189: 817.
10. Grawande AA, StuddertDM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med.* 2003; 348: 229-35.
11. Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yghan RJ. Retained surgical sponges (Gossypiboma). *Asian J Surg* 2005; 28: 109-15.
12. Noshier JL, Siegel R. Percutaneous retrieval of nonvascular foreign bodies. *Radiology* 1993; 187:649-51.
13. Dhillon JS, Park A. Transmural migration of a retained laparotomy sponge. *Am Surg* 2002;68:603-605.
14. Kiernan F, Joyce M, Byrnes CK, O'Grady H, Kean FB, Neary P. Gossypiboma: a case report and review of the literature. *Ir J Med Sci* 2008; 177:389-91.