مقاله گزارش مورد

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره پانزدهم، شمارهٔ ۲، اسفند۱۳۹۱، صفحه ۱۲۸-۱۲۳

گزارش یک مورد عفونت ناشی از گاز به جامانده (textiloma) سی و پنج سال پس از عمل جراحی شکستگی ران

امیررضا صادقی فر(MD)[۱]، علیرضا سعید(MD)[*۱]

۱- مرکز تحقیقات علوم اعصاب کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دریافت: ۹۱/۲/۱۶، اصلاح: ۹۱/۴/۱۴، پذیرش: ۹۱/۶/۸

خلاصه

سابقه و هدف: بجای ماندن گاز در یک عمل جراحی اتفاق ناشایعی است و می تواند با عوارض زیادی همراه باشد. هدف از گزارش این مورد توجه به این نکته است که گاز بجای مانده حتی پس از مدت بسیار طولانی هم می تواند علامت دار شود.

گزارش مورد: بیمار آقایی ۶۰ ساله است که سی و پنج سال پس از یک عمل جراحی برای شکستگی فمور دچار عفونت و فیستول ناشی از گاز بجای مانده شد. تشخیص به علت وجود خط در گاز براحتی با رادیوگرافی انجام گرفت. بیرون آوردن گاز با بهبود کامل بیمار در پیگیری یکساله همراه بود.

نتیجه گیری: بجای ماندن گاز در زخم جراحی یک عارضه قابل پیشگیری است و می تواند مدتی بسیار طولانی بدون علامت باقی بماند. در صورتی که بلافاصله بعد از عمل جراحی تشخیص داده شود بایستی گاز خارج گردد.

واژه های کلیدی: حوله جراحی، شکستگی، فمور، عفونت.

مقدمه

تکستیلوما و گسیپیوما (Textiloma and gossipyboma) اصطلاحات غیرپزشکی هستند که در مورد بجای ماندن توده های پنبه ای در حفره های بدن پس از یک عمل جراحی بکار می روند (۱). امروزه به علت بکار رفتن مواد مصنوعی در ساخت گاز و حوله های پزشکی واژه گسیپیبوما که به معنی واکنش گرونولوماتو به پنبه است، در بسیاری موارد با تکستیلوما جایگزین شده است، ولی در خیلی از موارد این دو بجای هم استفاده می شوند. احتمالا اولین گزارش بجای ماندن اجسام خارجی و گاز در بدن بدنبال عمل جراحی بوسیله ویلسون در سال ۱۸۸۴ ارائه شده است (۲)، ولی با وجود گذشت یکصد و سی سال از آن زمان و ارائه مرتب راهکار برای جلوگیری (۳)، این عارضه قابل پیش گیری هنوز هم اتفاق می افتد. گزارشات متعددی که اخیرا (۵و۴) هم به تعداد آنها اضافه می شود گویای این واقعیت است. با وجود اهمیت فوق العاده، میزان بروز دقیق این عارضه را نمی توان تعیین کرد (۶) ولی از یک در صد تا یک در پنج هزار جراحی گزارش شده است (۸و۷) و خود این تفاوت عظیم در گزارش وقوع، نشان دهنده بسیار مشکل بودن حدس میزان واقعی آن است. بجای ماندن گاز در جراحی شکم و لگن و در زنان بیش از همه جا اتفاق می افتد (۱۰و۹) ولی در سینه (۱۱)، ستون فقرات (۱۲)، اندام ها (۱۳) و حتی در استامپ آمپوتاسیون (۱۴) نیز گزارش شده است. گفته شده که تکستیلومای اندام ها از همه کمتر شایع است (۱۹-۱۵). اما یک مورد گزارش شد که یک بیمار در یک نقطه از بدنش دو بار دچار این عارضه شد (۲۰). در اینجا بیماری گزارش می شود که گاز بجای مانده در حین عمل جراحی تا مدتی بسیار طولانی بدون علامت باقی مانده بود، ولی نهایتا باعث عفونت شدید شد.

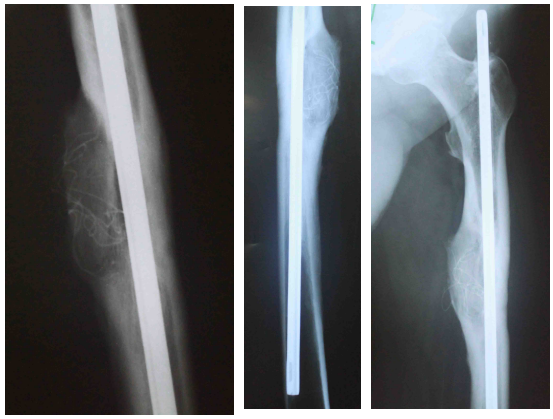
گزارش مورد

بیمار آقایی است ۶۰ ساله که ۳۵ سال قبل از مراجعه فعلی در مرکز دیگری به علت شکستگی ران راست تحت عمل جراحی جااندازی باز و فیکساسیون با میله کونچر بدون لاک قرار گرفته بود و بعدا هم جهت خروج کونچر مراجعه نکرده بود. رادیوگرافی های قبل و بعد از عمل جراحی بیمار موجود نبودند. هیچ مشکلی را در این ۳۵ سال ذکر نمی کرد تا این که از حدود دو هفته قبل از مراجعه دچار درد خلف ران همراه با قرمزی و تورم و نهایتا یک فیستول چرکی در این ناحیه شد. در معاینه نکته مثبت دیگری یافت نشد. آزمایشات بیمار نشان دهنده افزایش گلبول های سفید خون (۱۴۰۰۰) با ESR مساوی ۱۰ و CRP

* مسئول مقاله:
آدرس: کرمان، بیمارستان دکتر باهنر، گروه ارتوپدی، تلفن: ۰۳۴۱-۲۱۱۴۳۷۵
e-mail: arsaied@kmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]

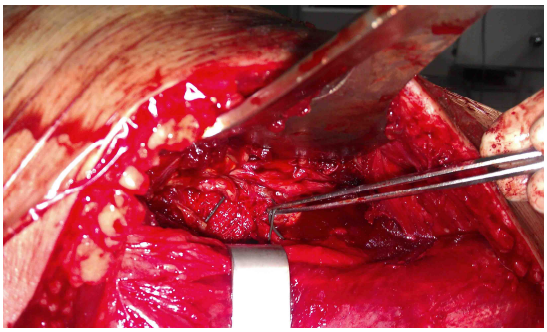
منفی بود. رادیوگرافی ران انجام شد که کونچر درون استخوان، جوش خوردگی کامل و یک توده با خوردگی استخوان در سمت مدیال را نشان داد که نوار رادیواُپک درون آن احتمال قریب به یقین گاز بجا مانده را مطرح می کرد. با توجه به تقریبا قطعی بودن تشخیص، بررسی پاراکلینیکی بیشتری برای بیمار انجام نشد. تحت بیهوشی عمومی توده خارج شد که مطابق تشخیص قبل از عمل یک گاز خط دار بود. با توجه به احتمال شکستگی پاتولوژیک به علت خوردگی استخوان (۱۷و۱۵) یک عدد میله داخل کانالی با لاک استاتیک در پروکسیمال برای بیمار کارگزاری شد (شکل ۳-۱). سیر پس از عمل بیمار بدون حادثه خاصی بود. عفونت از نظر بالینی بطور کامل کنترل شد و فیستول نیز از بین رفت. بیمار به تحمل وزن با عصا تشویق گردید و در پیگیری یک ساله اگرچه برای انجام رادیوگرافی حاضر نشد، مشکل خاصی را ذکر نمی کرد.

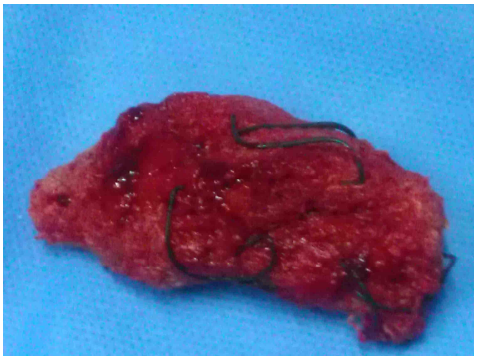


شکل ۱. رادیوگرافی های قبل از عمل جراحی



شکل ۲. رادیوگرافی بعد از عمل جراحی





شکل ۳. نمای حین عمل جراحی از گاز بجای مانده و خارج شده

بحث و نتیجه گیری

بیمار مورد گزارش، ۳۵ سال پس از عمل جراحی و به علت بجای ماندن گاز دچار عفونت شد که این یک یافته عجیب است، زیرا معمولا گاز بجای مانده، در ابتدای دوره بعد از عمل به علت ایجاد عفونت و احتمالا فیستول کشف می شود (۷) و اگر از این مرحله بگذرد ممکن است ایجاد عوارض دیگر و منجمله تومور کاذب (پزودوتومور) نماید. در حقیقت گسیپیبوماها دو نوع واکنش اگزوداتیو و فیبرو آسپتیک در بدن ایجاد می کنند (۱). در مواردی که واکنش چرکی اتفاق نیفتد، گرانولوما و کپسولی شدن ایجاد می شود و تظاهر بیماری ممکن است از ۲ سال تا سال ها به تعویق بیفتد (۱۶)، گاز بجای مانده می تواند باعث خوردگی استخوان، شکستگی پاتولوژیک، سوراخ شدن احشا و گرفتگی عروق شود (۲۱و۱۵و۹). در مواردی احتمال ایجاد بدخیمی بواسطه گاز بجای مانده در انسان (۲۳و۲۲) و در سگ (۲۴) مطرح شده است. در مورد استخوان، ذکر شده که واکنشهای مختلفی از خوردگی، واکنش پریوستی تا واکنش استئوبلاستی (استخوانساز) ممکن است دیده شود (۱۸) که در مورد بیمار مورد گزارش خوردگی استخوان اتفاق افتاد و علاوه بر آن یک عفونت بسیار دیررس که در نوع خود کم نظیر است. در مورد این بیمار خارج نشدن وسیله به هر دلیل، خود عاملی بود که جلوی خورده شدن بیشتر استخوان و شکستگی را گرفته است، هرچند که ممکن است به ایجاد عفونت کمک کرده باشد.

بی هیچ شکی بسیاری از موارد بجای ماندن گاز در بدن گزارش نمی شوند، بطور اتفاقی و در حین عمل جراحی برای منظور دیگری پیدا می شوند (۶) و بسیاری از آنان بدون عارضه خاص باقی می مانند (۲۵)، ولی بجای ماندن گاز در حین یک عمل جراحی، البته در شکم می تواند کشنده باشد (۲۶). همچنین در مواردی که بیمار با یک توده مراجعه می کند، چون تشخیص بی نهایت مشکل و دور از ذهن است، احتمال انجام عمل جراحی برای بیوپسی، حتی بیش از یک بار بسیار بالاست (۱۸و۱۷). البته یک مرور جالب نشان داد که در ۳۵٪ موارد از ۱۱۷ گسیپیبومای گزارش شده تشخیص از ابتدا، حداقل مطرح بوده است (۲۶).

در موارد نادری ممکن است تکستیلوما بخودی خود دفع شود (۲۷) ولی جدای از خطر عفونت که در مورد بیمار ما هم اتفاق افتاد، همانگونه که اشاره شد، بجای ماندن گاز می تواند حتی کشنده باشد. مهمترین نکته شمارش گاز است که یک اصل ثابت در هر عمل جراحی می باشد، ولی در تجربه ما و دیگران (۱۰) هم ممکن است بدون انجام شمارش، عمل جراحی به اتمام برسد و هم ممکن است

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]

شمارش اشتباه گزارش شود. مسئله دوم استفاده از گازهای با مارکر است که در دوره بعد از عمل در رادیوگرافی دیده شوند، که البته در مورد سواب های جراحی ۱۰٪ و در مورد گازهای کوچک تا ۶۵٪ (۱۰) منفی کاذب در این مورد وجود دارد. حداقل در یک مورد گاز بجای مانده از نوع خط دار بوده است و رادیوگرافی چند سال بعد به اشتباه با "پانسمان شدن زخم با گاز خط دار" تفسیر شده است (۱۴) و به هرحال اشتباه در تفسیر رادیوگرافی در این موارد زیاد اتفاق می افتد (۳۰-۲۸). در مورد بیمار ما بدلیل این که عمل جراحی بیمار در مرکز دیگری انجام شده بود به پرونده او دسترسی نداشتیم و با گذشت زمان بسیار زیاد، حافظه بیمار در مورد این که آیا رادیوگرافی هایی بعد از عمل از او انجام شده یا نه نمی تواند قابل اعتماد باشد. البته در این مورد خاص که گاز کاملا واضح بود، این مسئله مطرح می شود که یا رادیوگرافی بعد از عمل و در پیگیری ها انجام نشده که البته بسیار بعید است و یا جراح آن را (که کاملا واضح بوده) تشخیص داده و از در آوردن آن خودداری کرده که این هم بنظر تصمیمی مقتضی نبوده است.

بجای ماندن گاز در حین عمل جراحی اگرچه شایع نیست، نادر هم محسوب نمی شود و در صورت تشخیص داده شدن، گاز حتی اگر بدون علامت هم باشد بایستی خارج شود، زیرا با عوارض بالقوه زیادی همراه است. در بیمار مورد گزارش فعلی، اتفاق افتادن بسیار دیررس عفونت یک عارضه نادر و قابل توجه است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر امیدِ قلی پور بشیری، دستیار گروه ارتوپدی که در تهیه مقاله همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]

Infection due to Retained Gauze (Textiloma), 35 Years after the Operation for Femur Fracture- A Case Report

A.R. Sadeghifar (MD) [1], A.R. Saied (MD)[1*]

1.Kerman Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(2); Mar 2013; pp: 123-128

Received: May 5th 2012, Revised: Jul 4th 2012, Accepted: Aug 29th 2012.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Retained gauze after a surgery is an uncommon complication and may be associated with many complications. We report our case as attention may be paid to the fact that the retained gauze may get symptomatic even after a very long interval.

CASE: The patient was a 60 year old man in whom infection and fistula developed 35 years after a surgery for femur fracture. The diagnosis was easily made because of a marker in the gauze by radiography. Removal of the gauze was associated with complete recovery of the patient in 1 year follow up.

CONCLUSION: Retained gauze after surgery is a preventable complication and may be asymptomatic for a very long period. If it diagnosed immediately after the surgery, the gauze should be removed.

KEY WORDS: *Surgical sponges, Fracture, Femur, Infection.*

[*]**Corresponding Author;**
Address: Saied A.R. M.D., Orthopedics department, Dr. Bahonar Hospital, Kerman neuroscience research center,
Tel: +98 341 2114375
E-mail: arsaied@kmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]

References

1.Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, Farias F, Kaercher J. Imaging of gossypibomas: pictorial review. Am J Roentgenol 2009;193(Suppl 6):S94-101.

2.Wilson C.P. Foreign bodies left in the abdomen after laparotomy. Gynecol Tr 1884;9:109-12.

3.Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign bodies after surgery--Part I. Curr Probl Surg 2007;44(5):281-337.

4.Mouhsine E, Halkic N, Garofalo R, et al. Soft-tissue textiloma: a potential diagnostic pitfall. Can J Surg 2005; 48(6):495-6.

5.Hakan T, Aydoseli A, Demir K, Aker F. Clinical, pathological and radiological features of paraspinal textiloma: report of two cases and review of the literature. Neurol Neurochir Pol 2009;43(5):475-8.

6.Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. Ann Surg 1996; 224(1):79-84.

7.Serra J, Matias-Guiu X, Calabuig R, Garcia P, Sancho FJ, La Calle JP. Surgical gauze pseudotumor. Am J Surg 1988; 155(2):235-7.

8.Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yaghan RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). Asian J Surg 2005;28(2):109-15.

9.Mboti B, Gebhart M, Larsimont D, Abdelkafi K. Textiloma of the thigh presenting as a sarcoma. Acta Orthop Belg 2001;67(5):513-8.

10.Kiernan F, Joyce M, Byrnes CK, O'Grady H, Keane FB, Neary P. Gossypiboma: a case report and review of the literature. Ir J Med Sci 2008;177(4):389-91.

11.Sheehan RE, Sheppard MN, Hansell DM. Retained intrathoracic surgical swab: CT appearances. J Thorac Imaging 2000;15(1):61-4.

12.Atabey C, Turgut M, Ilica AT. Retained surgical sponge in differential diagnosis of paraspinal soft-tissue mass after posterior spinal surgery: report of eight cases. Neurol India 2009;57(3):320-3.

13.Kominami M, Fujikawa A, Tamura T, Naoi Y, Horikawa O. Retained surgical sponge in the thigh: report of the third known case in the limb. Radiat Med. 2003;21(5):220-2.

14.Kouwenberg IC, Frölke JP. Progressive ossification due to retained surgical sponge after upper leg amputation: a case report. Cases J 2009;2:8592.

15.al Arabi K, Beg M, Snowdy H, Whittaker R. Pathological fracture due to retained surgical gauze. J Bone Joint Surg Br 1992;74(6):930-1.

16.Mouhsine E, Garofalo R, Cikes A, Leyvraz PF. Leg textiloma. A case report. Med Princ Pract 2006;15(4):312-5.

17.Mboti B, Gebhart M, Larsimont D, Abdelkafi K. Textiloma of the thigh presenting as a sarcoma. Acta Orthop Belg 2001;67(5):513-8.

18.Kalbermatten DF, Kalbermatten NT, Hertel R. Cotton-induced pseudotumor of the femur. Skeletal Radiol 2001; 30(7):415-7.

19.Sakayama K, Fujibuchi T, Sugawara Y, Kidani T, Miyawaki J, Yamamoto H. A 40-year-old gossypiboma (foreign body granuloma) mimicking a malignant femoral surface tumor. Skeletal Radiol 2005;34(4):221-4.

20.Puri A, Anchan C, Jambhekar NA, Agarwal MG, Badwe RA. Recurrent gossypiboma in the thigh. Skeletal Radiol 2007;36 (Suppl 1):S95-100.

21.Lo CP, Hsu CC, Chang TH. Gossypiboma of the leg: MR imaging characteristics. A case report. Korean J Radiol 2003;4(3):191-3.

22.Ben-Izhak O, Kerner H, Brenner B, Lichtig C. Angiosarcoma of the colon developing in a capsule of a foreign body. Report of a case with associated hemorrhagic diathesis. Am J Clin Pathol 1992;97(3):416-20.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]

23.Jennings TA, Peterson L, Axiotis CA, Friedlaender GE, Cooke RA, Rosai J. Angiosarcoma associated with foreign body material. A report of three cases. Cancer 1988;62(11):2436-44.

24.Pardo AD, Adams WH, McCracken MD, Legendre AM. Primary jejunal osteosarcoma associated with a surgical sponge in a dog. J Am Vet Med Assoc 1990;196(6):935-8.

25.Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, et al. Retained surgical sponge (gossypiboma) after intraabdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. Langenbecks Arch Surg 2006;391(4):390-5.

26.Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, et al. Textiloma. Apropos of 25 cases and review of the literature. Chirurgie 1994-1995;120(5):272-6.

27.Lin TY, Chuang CK, Wong YC, Liao HC. Gossypiboma: migration of retained surgical gauze and spontaneous transurethral protrusion. BJU Int 1999;84(7):879-80.

28.Kopka L, Fischer U, Gross AJ, Funke M, Oestmann JW, Grabbe E. CT of retained surgical sponges (textilomas): pitfalls in detection and evaluation. J Comput Assist Tomogr 1996;20(6):919-23.

29.Lu YY, Cheung YC, Ko SF, Ng SH. Calcified reticulate rind sign: a characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. World J Gastroenterol 2005;11(31):4927-9.

30.Revesz G, Siddiqi TS, Buchheit WA, Bonitatibus M. Detection of retained surgical sponges. Radiology 1983;149(2): 411-13.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1391.15.2.16.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.2.123]