

# Nadir bir mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeni: gossibioma olgu sunumu

Dursun Özgür Karakaş (\*), İbrahim Yılmaz (\*\*), İlker Sücüllü (\*\*\*), Ergün Yücel (\*\*\*), Ahmet Ziya Balta (\*\*\*), Yavuz Özdemir (\*\*\*)

## ÖZET

Gossibioma, ameliyat sonrası unutulmuş cerrahi malzemeyi tanımlayan, nadir görülen, bir durumdur. İntestinal tıkanıklıklar sıklıkla ameliyat sonrası adezyonlara bağlı oluşmakla beraber gossibioma nadir bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu makalede, 20 yıl önce geçirdiği ameliyat da karında unutulmuş tamponun ileum lümenine migrasyonu ile oluşan, mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeniyle ameliyat edilmiş, 80 yaşındaki bir hastayı sunmaktayız.

**Anahtar kelimeler:** Bağırsak tıkanıklığı, gossibioma

## SUMMARY

**An uncommon cause of mechanical intestinal obstruction: gossypiboma case report**

Gossypiboma is uncommon and used to describe a retained surgical swab in the body after an operation. Although, intestinal obstruction occurs frequently after postoperative adhesions, gossypiboma can be seen as a rare cause. In this article, we report an 80 year-old woman who was operated for mechanical bowel obstruction depending on a migrated surgical sponge into ileum lumen which retained 20 years ago.

**Key words:** Intestinal obstruction, gossypiboma

## Giriş

Gossibioma ilki Latince olan “gossypium” (pamuk) ikincisi Kiswahili dilinde “boma” (saklanma yeri) iki kelimenin birleşmesinden oluşmuştur. Abdominal cerrahi sonrası gossibioma gelişme sıklığı 1:1000 ile 1:1500 arasındadır(1,2). Ameliyat sonrası operasyon alanında bırakılan cerrahi malzeme ciddi fakat önlenilebilir bir komplikasyondur. Bırakılan yabancı cisime karşı sıklıkla iki tür reaksiyon gelişir. İlki apse formasyonun eşlik ettiği eksudatif inflamasyon, diğeri kitle oluşumuna sebep olan aseptik fibrin reaksiyonudur(3). Bu durum hastalarda karın ağrısı, bulantı, kusma, tıkanma bulgularına neden olabilmektedir. Tanıda direkt grafiler, Ultrasonografi (USG), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanılmaktadır. Burada, 20 yıl önce geçirdiği ameliyat da karında unutulmuş tamponun ileum lümenine migrasyonu ile oluşan, mekanik bağırsak tıkanıklığı nedeniyle kliniğimizde ameliyat edilmiş, 80 yaşındaki bir hastayı sunmayı amaçladık.

## Olgu Sunumu

Seksen yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı kusma, gaz-gaita çıkaramama şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde yaklaşık 20 yıl önce perfore apandisit nedeniyle ameliyat geçirdiği öğrenildi. Hastanın, ameliyat olduğu tarihten bu yana aralıklarla oluşan, spontan olarak düzelen mekanik bağırsak tıkanıkları yaşadığı, bu nedenle birkaç kez ameliyat önerildiği ancak kendisinin kabul etmediği anlaşıldı. Yapılan fizik muayenede batın distandü görünümde ve solunuma iştiraki azalmıştı. Tüm kadrarlarda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Ayakta çekilen direkt karın grafisi’nde ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı

\* Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

\*\* Gelibolu Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

\*\*\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

**Ayrı basım isteği:** Dr. Dursun Özgür Karakaş, Ağrı Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ağrı

**E-mail:** drdok1978@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 26.07.2011 • Kabul tarihi: 26.09.2011 • Çevrim içi basım tarihi: 26.12.2012

tomografide ise sağ alt kadranda ileal ansların içerisinde, pasajın tıkanmasına neden olan komşu bağırsak ansları ile gato yapmış kitle lezyonu olduğu görüldü. Hasta gerekli hazırlıklar sonrasında ameliyata alındı. İntraoperatif değerlendirmede terminal ileum düzeyinde, ince bağırsak lümeni içerisine girmiş, bu nedenle pasajın tıkanmasına neden olmuş, komşu bağırsak ansları ile yoğun yapışıklıklar gösteren gossibioma (20 yıl önce unutulmuş tampon) olduğu görüldü (Şekil 1-2). Kısmi ince bağırsak rezeksiyonu ve yan yana anastomoz yapılan hasta ameliyat sonrası 7inci günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

### Tartışma

Ameliyat sonrası tampon ve diğer cerrahi malzemelerin unutulması önlenemez komplikasyonlardandır. Gossibiomaya %69 tampon, %31 diğer cerrahi malzemeler neden olmaktadır(2). Tanının sadece semptomatik hastalarda konması ve medikolegal yaklaşımlardan dolayı insidansını belirlemek güçtür. Olası insidans 1:1000 ile 1:1500 arasında olduğu tahmin edilmektedir(1,2).

Gossibiomalı hastalarda abdominal distansiyon, ileus, tenesmus, ele gelen kitle, diare, apse, fistül gibi

nonspesifik bulgu ve semptomlar görülebilir. Sıklıkla batında (%56), daha az pelvis (%18), toraksta (%11) görülmektedir(4). Ameliyattan sonra ortalama saptanma zamanı 6,9 yıl olarak belirtilmiştir(4). BT ile %61, direkt grafiler ile %35, USG ile %34 oranında saptanabilmektedir(4). Yapılan bir çalışmada, hastaların %42'sinde ağrı-irritasyon, %27 hasta da ele gelen kitle, %21 hastada ateş görülmüş, %6 hasta ise asemptomatik saptanmıştır. Aynı çalışmada gossibiomaya bağlı komplikasyon olarak %31 adezyon, %24 apse ve %20 fistül saptanmıştır(4). Bizim olgumuz 80 yaşında bir bayan hastaydı. Belirgin şikâyetleri aralıklarla olan karın ağrısı, bulantı kusmaydı.

İntestinal tıkanıklıkların yetişkinlerdeki en sık nedeni ameliyat sonrası yapışıklıklardır. Gossibiomaya bağlı intestinal tıkanıklık nadir görülür ancak bağırsak veya organ perforasyonları, tıkanıklık, fistül, apse ve sepsis hatta ölüme bile neden olabilmektedir(2). Karın içinde unutulmuş materyal, ileuma, mideye, kolona ve mesaneye migrate olabilmektedir(5). Bizim olgumuzda da karın içerisinde unutulmuş tampon ileum lümenine migrate olmuştu.

Gossibioma tanısını radyolojik olarak koymak her zaman kolay olmayabilir. Radyoopak işaretli tamponların yakın zamanda kullanılmaya başlanmasına rağmen erken ameliyat sonrası dönemde ameliyata bağlı değişiklikler nedeniyle, geç dönemde ise migrasyon, fistül veya apse gelişimi gibi nedenlerle tanı koymak zor olabilmektedir. Ayrıca gossibioma hematoma, granümatöz doku, apse formasyonu, kistik kitle ve neoplazmaları taklit edebilmektedir. Olgumuzda ilk ameliyatının üzerinden 20 yıl geçmesi, unutulmuş tamponun radyoopaksız ve ileuma migrate olması nedeni ile direkt grafi ve BT'de gossibioma tanısı konulamamıştır.

Gossibiomanın tanısında direkt grafilerde radyoopak işaretler görülebilir. Radyoopak içermeyen tamponlarda direkt grafilerde nonspesifik bulgular saptanmaktadır. Gossibiomada atipik kalsifikasyon ve hava kabarcıkları görünümü olabilmektedir(6). USG'de hipoekoik rim ve posterior gölgelenmelerin olduğu ekojenite görülebilir(7). BT'de ise internal spongioform görünümlü, hava kabarcıkları, hiperdens kapsül, konsantrik kalınlaşma veya mural kalsifikasyon gibi gölgeler gözlenebilmektedir(8). MRG ise direkt grafi ve BT'de ayırt edilemeyen radyoopak madde içermeyen lezyonlar için kullanılmaktadır(9).



Şekil 1. İleum lümenindeki gossibioma



Şekil 2. Gossibioma

Gossibioma için; acil ameliyatlarda, ameliyat prosedürlerinde beklenmeyen değişiklik, yüksek vücut kitlesi indeksi, birden fazla cerrahi ekibin dâhil olması, ameliyat sırasında hemşirelerin değişimi, kaybolan kan volümü, kadın cinsiyet ve cerrahi sonrası sayım risk faktörleri olarak belirlenmiştir(2).

Gossibioma nadir görülmesine rağmen, hastanın hayatını tehdit edebilen ve medikolegal problemlere neden olabilecek bir komplikasyondur. Radyoopak işaretli tampon kullanımının yeni olması nedeni ile uzun süre önce ameliyat geçirmiş hastalarda dikkat edilmelidir. Erken ameliyat sonrası dönemde ameliyat bölgesinde tespit edilecek kistik lezyonlarda ileri tetkik yapmak gerekmektedir. Gossibioma için risk faktörleri iyi bilinmeli, acil ameliyatlarda, cerrahi prosedürde beklenmedik değişiklik olduğunda, ekibin tamamen veya ameliyat hemşiresinin değiştiği veya obez hastalarda daha dikkatli davranılmalıdır. Cerrah ameliyatı bitirmeden önce malzeme, tampon ve kompresleri saydırmalı, karını tekrar gözlemelidir. Barkodlu veya elektronik işaretli tamponların kullanılması bu nahoş durumun azaltılmasında etkili olacaktır.

Sonuç olarak, ameliyat olmuş bir hastada ortaya çıkan bağırsak tıkanıklığı nedenleri arasında gossibioma da akılda tutulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery. A continuing problem. *Arch Surg* 1990;125:405-407.
2. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *N Engl J Med* 2003;348:229-35.
3. Patil KK, Patil SK, Gorad KP, PanchaAH I, Arora SS, Gautam RP. Intraluminal Migration of Surgical Sponge: Gossypiboma. *Saudi J Gastroenterol* 2010;16(3):221-2.
4. Wan W, Le T, Riskin L, Macario A. Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(2):207-14.
5. Silva CS, Caetano MR, Silva EA, Falco L, Murta EF. Complete migration of retained surgical sponge into ileum without sign of open intestinal wall. *Arch Gynecol Obstet* 2001;265(2):103-104.
6. 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.
7. Chau WK, Lai KH, Lo KJ. Sonographic findings of intra-abdominal foreign bodies due to retained gauze. *Gastrointest Radiol* 1984;9(1):61-3.
8. Sheehan RE, Sheppard MN, Hansell DM. Retained intrathoracic surgical swab: CT appearances. *J Thorac Imaging* 2000;15(1):61-64.
9. O'Connor AR, Coakley FV, Meng MV, Eberhardt SC. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *Am J Roentgenol* 2003;180(2):481-9.