

گزارش دو مورد گاز جا مانده پس از عمل سزارین

چکیده:

اشیاء جراحی باقی مانده در بدن، یکی از نگرانی‌های پزشکی محسوب می‌شود و مشکل اصلی، واکنش‌های بدن به جسم خارجی است. ما در این مقاله، دو خانم با سابقه سزارین قبلی را گزارش کرده‌ایم که با شکایت درد لگنی مزمن مورد ارزیابی رادیولوژیک قرار گرفتند و با استفاده از یافته‌های تصویربرداری، گاز به جا مانده در لگن در آنها مطرح گردید و با انجام جراحی مورد تایید قرار گرفت.

کلیدواژگان: اشیاء جراحی باقی مانده در شکم، سونوگرافی، هیستروسالپینگوگرافی، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، عکس‌برداری با تصاویر بازسازی شده کامپیوتری (CT Scan)

معرفی:

واژه‌ی "Gossypiboma" به معنای توده‌کنانی جامانده در حفره بدن پس از عمل جراحی است (۱-۶). این توده گاز ممکن است سبب واکنش‌هایی در بدن شود که در دو طبقه جای می‌گیرند:

۱. واکنش‌های التهابی که در نتیجه عفونت میکروبی در فاصله کوتاهی پس از جراحی رخ می‌دهند.
 ۲. واکنش‌های فیبروزی غیر عفونی که ممکن است پس از چندسال دیده شوند (۲، ۳، ۴، ۵-۷).
- گازهای جا مانده در بدن ممکن است با گذشت زمان منجر به ایجاد چسبندگی، کپسولی شدن، و در نهایت تشکیل گرانولوما شوند. مواردی از مهاجرت گاز جا مانده نیز گزارش شده است (۲، ۳، ۵). ما در این مقاله، دو مورد گاز جراحی جامانده در لگن را گزارش کرده‌ایم: اولی در خانمی ۵۰ ساله با سابقه درد مزمن لگنی به مدت ۲۰ سال و دیگری خانمی ۳۰ ساله با شکایت نازایی ثانویه، خونریزی غیرطبیعی رحم و درد سیکلیک لگن.

مورد یک:

خانمی ۵۰ ساله با سابقه جراحی سزارین ۲۰ سال قبل و شکایت درد مزمن لگنی به مرکز تصویربرداری پژوهشگاه رویان در شهر تهران مراجعه کرده و تحت سونوگرافی ابدومینال و واژینال قرار گرفت. در سونوگرافی انجام شده، یک توده هتروژن به ابعاد 110×100 میلی‌متر در لگن و قدام رحم مشاهده شد (تصویر ۱). رادیوگرافی ساده شکم، تصویر یک حلقه فلزی را در سمت چپ لگن نشان داد (تصویر ۲). سی تی اسکن برای بیمار درخواست شد که گزارش آن به شرح ذیل می‌باشد:

توده‌ای هتروژن به ابعاد 98×81 با تراکم بالا و nonenhancing به همراه یک حلقه فلزی مجاور آن در کاویته لگن رویت گردید. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، گاز جراحی سنتی^۱ باقی مانده در لگن پس از عمل سزارین با احتمال زیاد مطرح شد.

1. Retained Surgical Foreign Bodies
2. Traditional Long Gauze

با انجام جراحی و خارج کردن گاز جامانده، تشخیص مسجل شد.

پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

دکتر فیروزه احمدی

متخصص رادیولوژی
استادیار بخش تصویربرداری
پژوهشگاه رویان

مریم جوام

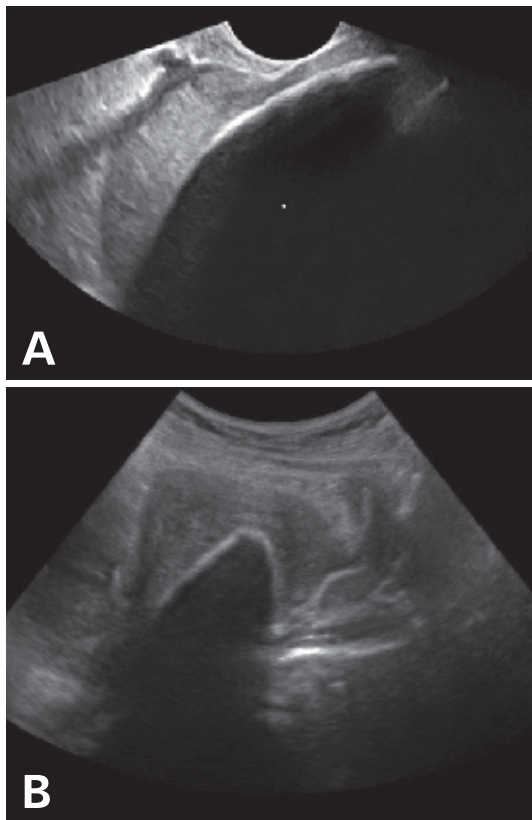
کارشناس مامایی
پژوهشگاه رویان

زهره رشیدی

کارشناس مامایی
پژوهشگاه رویان

مورد دو:

خانمی ۳۰ ساله با نازایی ثانویه، خونریزی غیرطبیعی رحم و درد لگنی و دارای سابقه سزارین ۸ سال پیش، به این مرکز تصویربرداری مراجعه کرد. در سونوگرافی‌های گذشته‌ی بیمار، توده‌ای بزرگ به قطر ۱۰۰ میلی‌متر به همراه سایه خلفی در میومتر قدامی رحم و به نفع فیبروم کلسیفیه مطرح شده بود. (تصویر ۳)

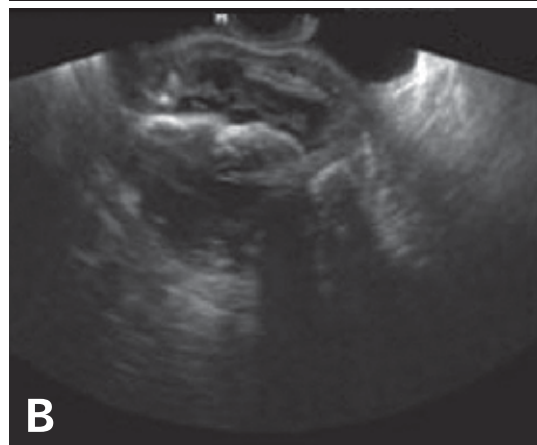
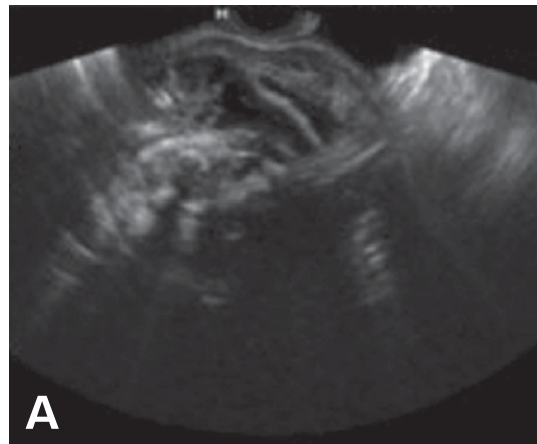


تصویر ۳: تصاویر مقاطع ساژیتال (A) و عرضی (B) توده بزرگ لگنی با سایه‌ی خلفی در سونوگرافی واژینال

در سی تی اسکن انجام شده، توده‌ای هتروژن به ابعاد ۱۱۰×۸۰ میلی‌متر در میومتر قدامی رحم دیده شد (تصویر ۴).

در رادیوگرافی ساده قبل از انجام هیستروسالپینگوگرافی، مارکرهای رادیوآپک مربوط به گازهای جراحی در لگن شناسایی شد (تصویر ۵). در هیستروسالپینگوگرافی با تزریق ماده حاجب، کاویته رحم بزرگ و با حدود نامنظم و حاوی اینتراواژیشن و اکستراواژیشن به میومتر مشهود بود (تصویر ۶).

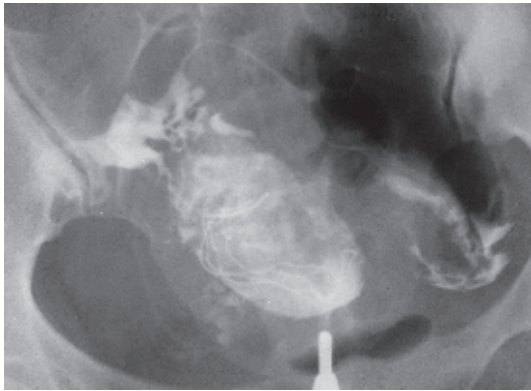
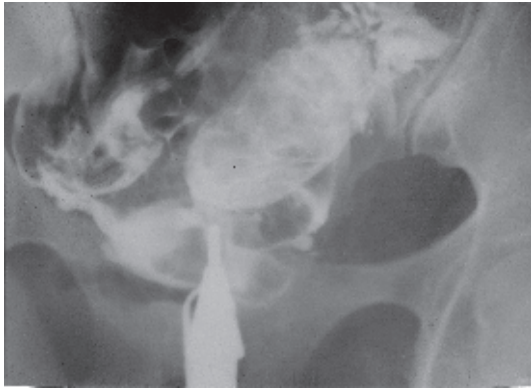
باتوجه به یافته‌های مذکور، گاز جا مانده در میومتر محل انسوزیون سزارین جهت بیمار مطرح شد و با انجام لاپاروتومی اثبات گردید.



تصویر ۱: توده هتروژن بزرگ به ابعاد ۱۱۰×۱۰۰ میلی‌متر در قدام رحم در سونوگرافی واژینال مشهود است.



تصویر ۲: یک حلقه فلزی در عکس رادیوگرافی لگن دیده می‌شود.



تصویر ۶: یک رحم بزرگ و جابجا شده به همراه اینتراواژیشن و اکستراواژیشن به میومتر در کلیشه‌های HSG دیده می‌شود.

یافته‌های سونوگرافی گاز به جا مانده عبارت است از: توده هتروژن با اکوی داخلی و نواحی هایپو اکو در همراهی با سایه‌ی خلفی (۲،۴). این تظاهرات به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱. نوع سیستیک که به صورت یک توده کیستیک با bundle هایپراکو مشخص می‌گردد.

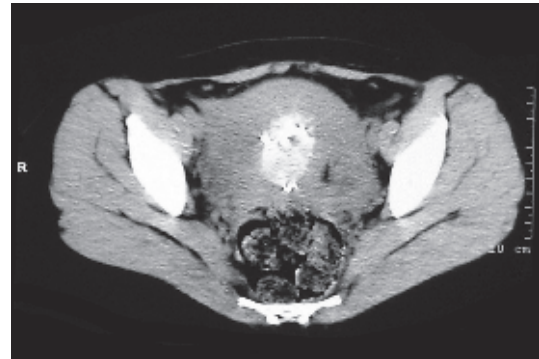
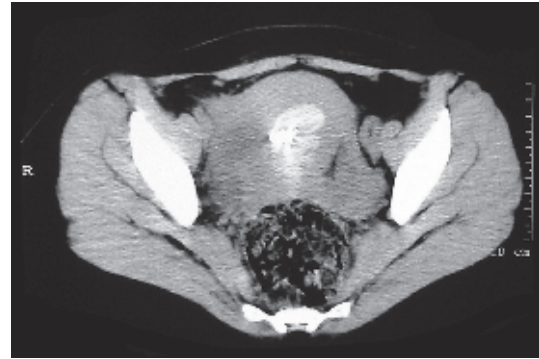
۲. نوع سالید که به صورت یک توده پیچیده با نواحی هایپو اکو و هایپراکو تظاهر می‌کند.

به علاوه سایه‌ی خلفی ثانویه به وجود جسم جامانده، نواحی کلسیفیه اطراف آن یا ذرات هوا ممکن است دیده شود (۲).

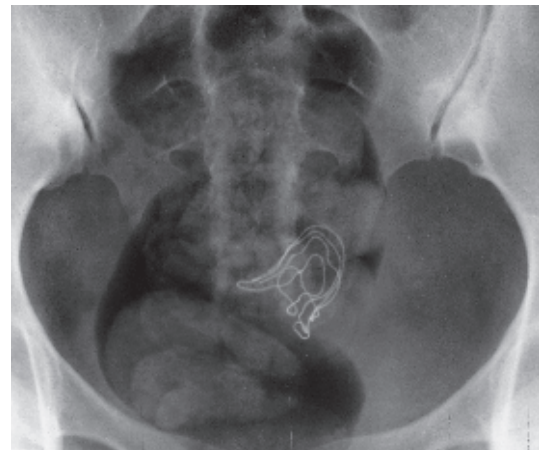
رادیولوژی معمولاً پرکاربردترین روش تشخیص اشیاء باقی مانده در بدن است (۲،۶). رادیولوژی با کمک مارکرهای قابل شناسایی به کار رفته در گازهای جراحی (تصویر ۷)، به سادگی گازهای جامانده در بدن را مشخص می‌کند. این مارکرها در رادیوگرافی ساده به صورت خطوط خمیده یا نوار در هم^۲ رادیو اوپک دیده می‌شوند (۲، ۵-۷).

در عکس برداری از گازهای جراحی سنتی (که دارای یک حلقه فلزی متصل به باند بوده‌اند)، یک حلقه در عکس قابل تشخیص است (تصویر ۸).

3. Curved or banded radio-opaque markers



تصویر ۴: یک توده میکس اکو در دیواره قدامی میومتر رحم در سی تی اسکن مشخص است.



تصویر ۵: رادیوگرافی با استفاده از اشعه X، مارکرهای مربوط به گاز جراحی باقی مانده در لگن را نشان می‌دهد.

بحث:

با وجود تمام توجهات تیم پزشکی به هنگام جراحی، گاز به جا مانده در بدن همچنان یکی از نگرانی‌های تیم پزشکی محسوب می‌شود (۱،۳،۴). این مشکل در هر ۱۰۰۰ تا ۳۰۰۰ جراحی رخ می‌دهد و بیشتر به دنبال جراحی‌های شکم (۵۲٪) و زنان (۲۲٪) دیده می‌شود (۱-۳، ۵، ۶، ۸). روش‌های اصلی بررسی موارد مشکوک به باقی ماندن اشیاء جراحی، سونوگرافی و رادیولوژی (خصوصاً CT اسکن) می‌باشند (۴).



تصویر ۸: گازهای جراحی سنتی حاوی یک حلقه‌ی رادیواپک

است تمام اجزاء ست جراحی به ویژه گاز - پس از عمل به دقت شمارش و ثبت گردد. به علاوه در هر بیمار با علائم ذکر شده، حتی با وجود گزارش تعداد نرمال اجزاء ست جراحی، باید به باقی ماندن اشیاء در بدن شک کرد و استفاده از سونوگرافی و رادیولوژی روشی مناسب جهت رد یا تایید جسم باقی مانده در این گروه از بیماران می‌باشد.



تصویر ۷: گازهای جراحی حاوی یک نوار رادیواپک

البته لازم به ذکر است که تشخیص تنها بر پایه سوابق جراحی بیمار ممکن نیست و بررسی‌های بیشتر لازم است. از طرف دیگر، با وجود شمارش گازهای ست پس از جراحی، جسم خارجی به جامانده نباید رد شود (۶).
به عنوان نتیجه گیری باید گفت که برای پیشگیری از موارد مشابه لازم

REFERENCES:

1. Stawicki S, Evans D, Cipolla J, Seamon M, Lukaszczuk J, Prosciak M, et al. Retained surgical foreign bodies: a comprehensive review of risks and preventive strategies. *Scandinavian journal of surgery: SJS: official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*. 2009;98(1):8.
2. Manzella A, Borba Filho P, Albuquerque E, Farias F, Kaercher J. Imaging of gossypibomas: pictorial review. *American Journal of Roentgenology*. 2009;193(6 Supplement):S94-S101.
3. Govarjin HM, Talebianfar M, Fattahi F, Akbari ME. Textiloma, migration of retained long gauze from abdominal cavity to intestine. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2010;15(1):54.
4. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraoperative gossypibomas: the need to count sponges. *World journal of surgery*. 2000;24(5):521-7.
5. Sun H-S, Chen S-L, Kuo C-C, Wang S-C, Kao Y-L. Gossypiboma retained surgical sponge. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2007;70(11):511-3.
6. O'Connor AR, Coakley FV, Meng MV, Eberhardt S. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *American Journal of Roentgenology*. 2003;180(2):481-9.
7. Choi BI, Kim SH, Yu ES, Chung HS, Han MC, Kim C-W. Retained surgical sponge: diagnosis with CT and sonography. *American Journal of Roentgenology*. 1988;150(5):1047-50.
8. Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yagha RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). *Asian Journal of Surgery*. 2005;28(2):109-15.