

Intratorasik tekstilomlarda radyolojik bulgular

Uğur Topal, Neslin Şahin, Gökhan Gökcalp, Cengiz Gebitekin

U. Topal (✉), N. Şahin, G. Gökcalp
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik
Anabilim Dalı, Bursa

C. Gebitekin
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim
Dalı, Bursa

Gossipibom veya tekstilom, ameliyat sırasında vücut içinde unutulmuş cerrahi gazlı bez ve çevresindeki yabancı cisim reaksiyonunu tanımlar (1-7). Cerrahinin nadir bir komplikasyonudur. Radyolog sıklıkla problem ile karşılaşan ilk kişi olmasına rağmen, gossipibom daha önce cerrahi öyküsü olan hastalarda bile çoğunlukla kitellerin ayırıcı tanısında yer almaz. Gossipibom ölümcül komplikasyonlara yol açabilir (8). Bu nedenle, radyolojik incelemelerde yabancı cismi tanımak önemlidir. Literatürde abdomende unutulmuş cerrahi gazlı bezleri tanımlayan çeşitli yayımlar vardır (1-8). Fakat intratorasik olanlarla ilgili yayınlar az sayıdadır (8-10). Bu yazıda üç olguda intratorasik gossipibomların radyolojik bulgularını sunuyoruz.

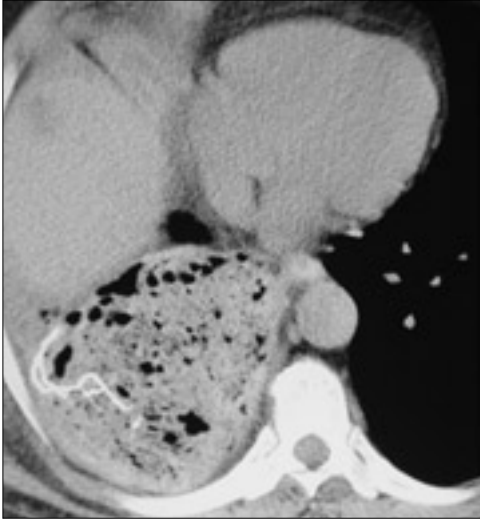
Olgu bildirisi

Olgu 1

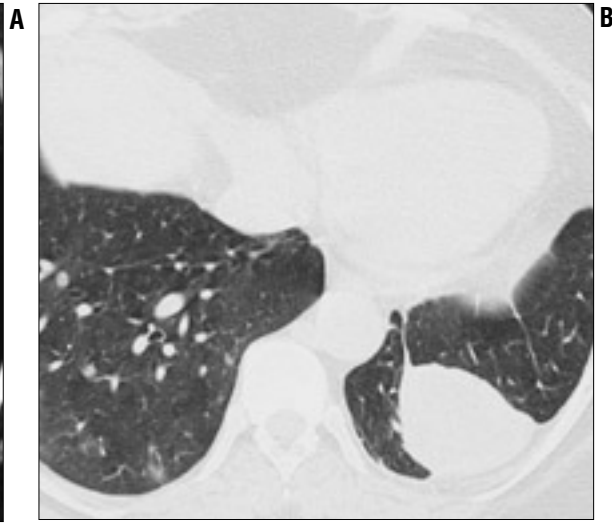
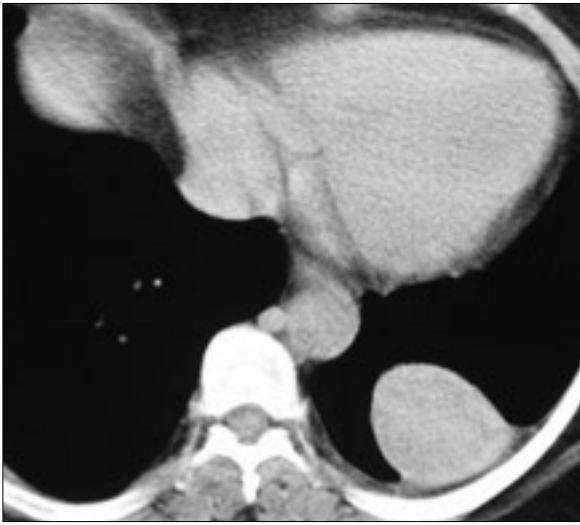
Elliyedi yaşında erkek, toraks BT incelemesi için radyoloji departmanına gönderildi. Olgunun öyküsünden bir ay önce sağ alt lobdan kist hidatik nedeni ile kistektomi yapıldığı ve ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildiği öğrenildi. Bir ay sonra kontrol amaçlı elde olunan göğüs röntgenogramında sağ alt lobda konsolidasyon saptanmıştı. Hastanın bu dönemde yakınması yoktu. Kontrastsız BT incelemesinde sağ alt lobda arka diyafragmatik sinüse uzanan süngerimsi yapıda bir kitle görüldü (Resim 1). Kitle içinde radyopak işaret mevcuttu. Az miktarda plevral sıvı vardı. Tekstilom tanısı ile hasta operasyona alındı. Ameliyat sırasında, plevral aralıkta çevresi pürülan ve hemorajik materyal ile sarılmış cerrahi havludan oluşan bir kitle olduğu görüldü. Kitle komşuluğundaki akciğer normaldi. Kitle çıkarıldı.

Olgu 2

Kırkyedi yaşında kadın, sol akciğer alt lobdaki kitleden perkütan transtorasik iğne biyopsisi yapılması için radyoloji departmanına gönderildi. Hastanın 4 yıl önce bronş kaynaklı adenoid kistik karsinom nedeni ile sol alt lobektomi öyküsü vardı. Takip sırasında, sol alt lobda kitle saptanmıştı. Olgunun başvuru sırasında yakınması yoktu. Kontrastsız BT incelemesinde sol alt lobda inferior pulmoner ligamente uzanan, iyi sınırlı, plevral tabanlı homojen yapıda bir kitle izlendi (Resim 2). Klinik olarak tümör rekürensisi şüphesi ile kesici iğne biyopsisi yapıldı. Lezyona üç dört kez girilerek alınan parçalar beyaz renkli pamuk



Resim 1. Kontrastsız BT kesitinde sağ hemitoraksta radyopak işaretli süngerimsi görünümde kitle.



Resim 2. A. Kontrastsız BT incelemesinde sol alt lobda keskin kenarlı plevral tabanlı kitle. Kitle içindeki yüksek dansiteli alanlar gazlı bezin kendisini temsil ediyor. **B.** Kitleye komşu akciğer parankimi normal olarak görülüyor.

lifleri şeklindeydi. Hasta operasyonu kabul etmedi. Takip BT incelemelerinde lezyon aynı şekilde kaldı ve hastanın yakınması oluşmadı.

Olgu 3

Onbeş yaşında erkek, iki gündür devam eden hemoptizi öyküsü ile hastaneye yatırıldı.

Hastanın 7 yıl önce konjenital bir kardiyak defektin kapatılması için ameliyat geçirdiği öğrenildi. O zamandan beri, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle tedavi edilmişti. Göğüs röntgenogramında, sol alt lobda volüm kaybı ile eşlik eden konsolidasyon vardı.

Kontrastsız BT incelemesinde sol alt lobda atelektazi ve bronşiyektazi izlendi (Resim 3).

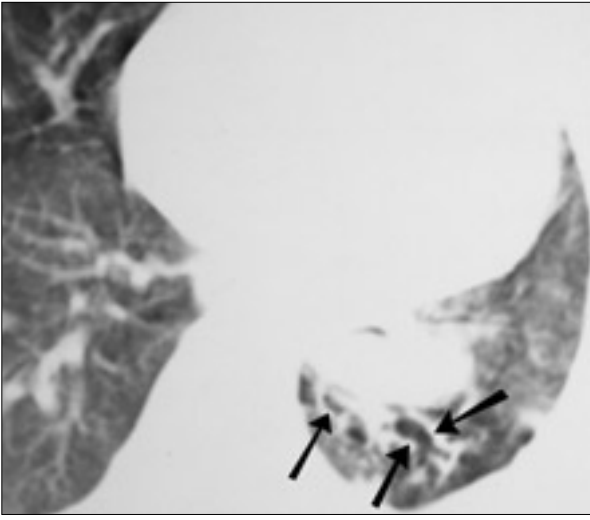
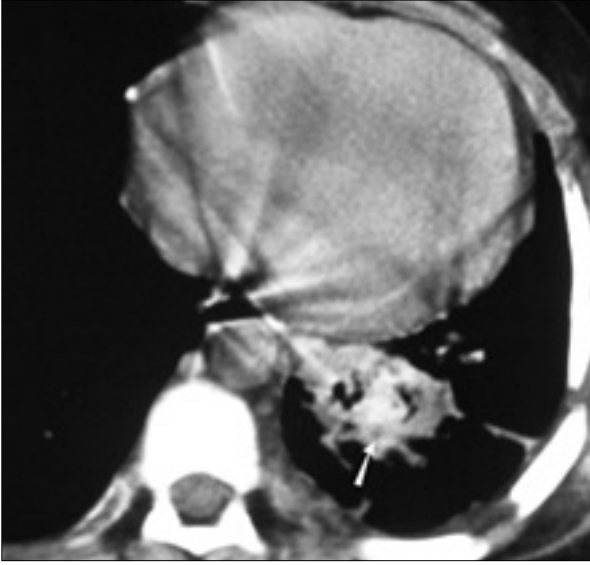
Operasyonda alt lob, diyafram, perikardium ve göğüs duvarı arasında yaygın yapışıklıklar mevcuttu. Alt lob anteromedial bazal segmentinde apse vardı. Apse kavitesinde cerrahi gazlı bez bulundu. Lobektomi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon olmadan taburcu edildi.

Tartışma

Tekstilom vücut içinde yabancı cisim reaksiyonunun çevrelediği pamuk matriksten oluşan kitleyi tanımlamak için kullanılan terimdir (1-8). Cerrahi işlemde unutulmuş gazlı bez veya havlu gossipiboma neden olabilir. Patolojik olarak vücutta iki tip yabancı cisim reaksiyonuna yol açar (5). Biri aseptik fibrinöz reaksiyondur; yapı-

şıklıklar ve enkapsülasyon oluşturarak yabancı cisim granülomu ile sonuçlanır. İkinci tip reaksiyon eksüdatiftir ve apse oluşumuna yol açar. İkinci tip cevapta, barsak veya cilt gibi çevre yapılara fistül formasyonu sıktır (5,7). Eksüdatif tipin belirti ve semptomları daha ağır olduğu için klinik olarak daha erken kendini gösterir.

Birçok ülkede, cerrahi operasyonlarda radyopak işaretli gazlı bezler kullanılır. Baryum sülfat ile işaretli gazlı bezlerin radyolojik görünümleri tanımlanmıştır ve düz röntgenogramlarda kolaylıkla tanınabilirler (1,2). Fakat işaretler zamanla katlanma, kıvrılma veya parçalanma ile bozulabilir (3). Kimi zaman radyopak işaret yanlışlıkla kalsifikasyon veya cerrahi



Resim 3. A-B. Kontrastsız BT incelemesinde sol alt lobda hiperdens kitle, (*oklar, bezi gösteriyor*) çevresinde enfeksiyona bağlı değişiklikler görülüyor. **C.** Eşlik eden bronşiektazi (*oklar*) ve volüm kaybı izleniyor.

sütür olarak yorumlanıp, işaret varlığında bile unutulmuş cerrahi gazlı bezler tanınmayabilir.

Gossipibomların değerlendirilmesinde seçilecek yöntem BT incelemesidir (8).

Gossipibomların BT bulguları oluşturdukları reaksiyon tipine göre değişir. Unutulmuş cerrahi gazlı bezler için tanımlanmış en karakteristik bulgu hava kabarcıkları ile tipik süngerimsi görünümdür (3,4,8). Süngerimsi görünümü, sıvı ortamda gazlı bezin lifleri arasında hapsolmuş havanın oluşturduğu deneysel olarak gösterilmiştir (8).

Gossipibomların diğer karakteristik BT bulgusu, nonhomojen, kontrast madde verilmesinden sonra belirgin olarak boyanan ince, yüksek dansiteli kapsülü olan düşük dansiteli kitledir

(4,5,6,9). Kitle içinde gazlı bezi temsil eden dalgali, çizgili yüksek dansiteli alanlar bulunabilir.

Bu görünüm apse ve hematoma ile karışabilir. Radyopak işaret ve/veya hava kabarcıkları ile süngerimsi görünüm varsa ayırım kolaylaşır. Kitle duvarında kalsifikasyon görülebilir.

Toraks içinde unutulmuş cerrahi gazlı bezlerin radyolojik bulgularını tanımlayan az sayıda yayın vardır (8-10). Toraks içinde gazlı bezin unutulabileceği potansiyel bölgeler arasında en olası alan plevral boşluktur (8-10). Plevral aralıktaki eksüdatif ve fibrotik reaksiyon ile lezyona komşu akciğerdeki yapışıklık BT'de akciğer kitlesi izlenimi verebilir (9).

Bizim serimizde, kitleler değişik görünümler göstermekle birlikte daha çok akciğer kitlelerine benzemektey-

diler. Bununla birlikte, kitlelerden birinin (olgu 2) inferior pulmoner ligamente uzanarak, çok iyi sınırlı, plevral tabanlı olması ekstrapulmoner orijinli olduğunu düşünmemize yol açtı. Olgularımızdaki değişik görünümler, ilk operasyondan sonra geçen zaman farklılıklarına bağlı olabilir. Cerrahiden sonra uzun zaman geçmiş ise, yabancı cisim reaksiyonu veya apse oluşumuna bağlı komşu akciğerde inflamatuvar değişiklikler, bronkoplevral fistül ve bronşiektazi gelişebilir. Olgularımızdan biri (olgu 1) erken postoperatif dönemde saptandı ve kitlede karakteristik hava kabarcıklı süngerimsi görünüm izlendi. Bu görünüm unutulmuş materyalin özelliklerine de bağlı olabilir ki, bu olguda unutulmuş cisim havlıydı. Erken postoperatif dönemde tanındığı için, kitle komşuluğundaki akciğer radyolojik olarak ve cerrahi sırasında normaldi. Diğer olguda (olgu 2), daha önceki ameliyattan rölatif olarak uzun zaman (4 yıl) geçmişti ve süngerimsi görünüm mevcut değildi. Kitlenin iç yapısı daha homojen ve solid görünümdeydi. Geç dönemde hava kabarcıkları unutulmuş intratorasik cerrahi gazlı bezlerin önemli bir özelliği olmayabilir. Havanın plevra tarafından emilmesi olası bir açıklama olabilir (10). Son

olgumuzda, kitle ilk operasyondan uzun zaman sonra saptandı (7 yıl). Bu olguda komşu yapıların kronik inflamatuvar değişiklikleri gazlı bezin kendisinden daha belirgindi ki, bu da tanıyı zorlaştırdı. İçinde radyoopak işaret bulunan, karakteristik süngerimsi görünümü olan birinci olgu dışındaki olgularımızın BT görünümü tanıyı koymak için spesifik değildi. İlginç olarak, ikinci olguda BT eşliğinde transtorasik iğne biyopsisinde beyaz renkli pamuk liflerinin elde edilmesi operasyondan önce doğru tanıyı koymada yardımcı oldu. Literatürde bu tür biyopsi bulgusu bildirilmiştir (10) ve daha önce ameliyat öyküsü olan bir hastada unutulmuş gazlı bez olasılığı açısından doktoru uyarmalıdır.

Sonuç olarak, toraks içinde unutulmuş cerrahi gazlı bezlerin radyolojik

görünümleri daha önceki operasyondan sonra geçen süreye bağlı değişebilir. Erken postoperatif dönemde intraabdominal olanlara benzer görünümler gösterebilirler. Ancak zamanla tipik görünümünü kaybederek diğer kitle lezyonlarıyla karıştırılabilirler. Radyolojik bulgular komşu akciğerde

kronik inflamatuvar değişikliklere bağlı akciğer kitlesine benzeyebilir. Ameliyat öyküsü varlığında bile, çoğunlukla ameliyat öncesi tanıyı koymak zordur. Transtorasik iğne biyopsisi ile karakteristik pamuk liflerinin saptanması tanıya yardımcı olabilir.

INTRATHORACIC TEXTILOMAS: RADIOLOGIC FINDINGS (CASE REPORT)

Retained surgical sponge (gossypiboma, textiloma) is a rare complication of surgery. Radiological appearances of textilomas change according to the type of the reaction they cause in the body. Patients are usually asymptomatic for a long time after the operation. Most reports in the literature relate to the US and CT appearances of textilomas in the abdomen. However, there are a few reports describing findings of intrathoracic textilomas. We report the radiologic findings of intrathoracic textilomas in three cases.

Key words: • foreign bodies • surgery • complication • thorax • tomography, X-ray computed

Tani Girişim Radyol 2004; 10:280-283

Kaynaklar

1. Williams RG, Bragg DG, Nelson JA. Gossypiboma. The problem of the retained surgical sponge. Radiology 1978; 129:323-326.
2. Revesz G, Siddiqi TS, Buchheit WA, Bonitatibus M. Detection of retained surgical sponges. Radiology 1983; 149:411-413.
3. Sheward SE, Williams AG, Mettler FA, Lacey SR. CT appearance of a surgically retained towel (gossypiboma). J Comput Assist Tomogr 1986; 10:343-345.
4. Yamato M, Ido K, Izutsu M, Narimatsu Y, Hiramatsu K. CT and ultrasound findings of surgically retained sponges and towels. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:1003-1006.
5. Choi, BI, Kim SH, Yu ES, et al. Retained surgical sponge: diagnosis with CT and sonography. AJR Am J Roentgenol 1988; 150:1047-1050.
6. Kukubo T, Itai Y, Ohtomo K, et al. Retained surgical sponges: CT and US appearance. Radiology 1987; 165:415-418.
7. Apter S, Hertz M, Rubinstein ZJ, Zissin R. Gossypiboma in the early post-operative period: a diagnostic problem. Clin Radiol 1990; 42:128-129.
8. Kopka L, Fischer U, Gross AJ, et al. CT of retained surgical sponges (textilomas): pitfalls in detection and evaluation. J Comput Assist Tomogr 1996; 20:919-923.
9. Sheehan RE, Sheppard MN, Hansell DM. Retained intrathoracic surgical swab: CT appearances. J Thorac Imag 2000; 15:61-61.
10. Topal U, Gebitekin C, Tuncel E. Intrathoracic gossypiboma. AJR Am J Roentgenol 2001; 177:1485-1486.