

Spinal Tümörü Taklit Eden Yabancı Cisim Olgusu

Foreign Body Mimicking Spinal Tumor: A Case Report

ÖZ

Nöroşirürji literatüründe cerrahi tedavi sonrası unutulmuş yabancı cisimle ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır. Yirmi yıl önce travma sonrası T 12 kompresyon kırığı tanısıyla opere edilen 60 yaşındaki bayan olguda, 5 aydır bel ağrısı ve yürüme güçlüğü tespit edildi. Olgunun yapılan radyolojik tetkiklerinde ameliyat edilen bölgenin hemen altında ekstradural yerleşimli tümör benzeri kitle saptandı. Spinal tümör ön tanısıyla opere edilen lezyonun, bir önceki operasyonda unutulmuş gazlı bez olduğu anlaşıldı. Alınan doku örneklerinin patolojik incelemesinde neoplaziye ait bulguya rastlanmadı. Cerrahi sırasında unutulmuş yabancı bir cismin, 20 yıl sonra dahi klinik ve radyolojik olarak bir tümörü taklit edebileceği sonucuna varıldı.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Gazlı bez, spinal tümör, yabancı cisim

ABSTRACT

Few case reports of forgotten foreign bodies after surgery exist in the neurosurgery literature. A sixty-year-old female patient, who had been operated on with a diagnosis of T12 compression fracture 20 years ago, was admitted to the hospital with 5-months-long low back pain and difficulty in walking. On the radiological imaging studies, a tumor-like mass located extradurally was seen just below the operation area. She was operated on with a diagnosis of spinal tumor; however the surgery revealed a forgotten sponge during the first operation. On pathological investigation of the tissue specimen no neoplasia was encountered. It has been concluded that a foreign body forgotten during surgery could mimic a tumor clinically and radiologically even after 20 years.

KEY WORDS: Foreign body, spinal tumor, surgical gauze

Deniz KONYA
Serdar ÖZGEN
M. Necmettin PAMIR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

Geliş Tarihi: 14.07.2003

Kabul Tarihi: 03.11.2003

Yazışma adresi:

Serdar ÖZGEN

PK 4 34730 Göztepe, İSTANBUL

Tel : 0532 4227915

0216 3264559

Faks : 0216 3057961

0216 3275249

E-posta: omurga@tnn.net

GİRİŞ

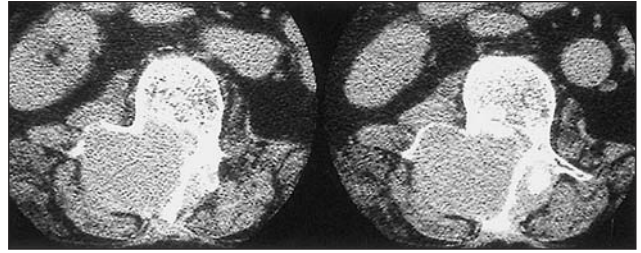
Cerrahi girişim sırasında unutulmuş gazlı bez, pedi gibi yabancı cisimlere bağlı komplikasyonlar mesleki ve hukuksal kaygılardan dolayı literatürde nadir olarak bildirilmektedir (5,11,19). Unutulan yabancı cisimlerin bir kısmı klinik olarak sessiz kalırken, birçoğu enfeksiyon ve apse oluşumu ile kendini erken dönemde belli ederler (1,15,16,22). Bazen unutulmuş cisimle birlikte, çevre dokuda inflamasyon ve doku reaksiyonu gelişebilir. Bu tip inflamasyon aylar hatta yıllar sonra büyük boyutlara ulaşarak kitlesel lezyonlar oluşturabilirler (9,17,18). Unutulmuş yabancı cisimlerin klinik ve radyolojik olarak bir tümörü taklit etmesi ise son derece nadirdir (4,20).

Bu yazıda spinal tümör ön tanısıyla opere edilen bir olguda yirmi yıl önceki ameliyatı sırasında unutulmuş "spinal tümörü taklit eden yabancı cisim" olgusu sunulmaktadır.

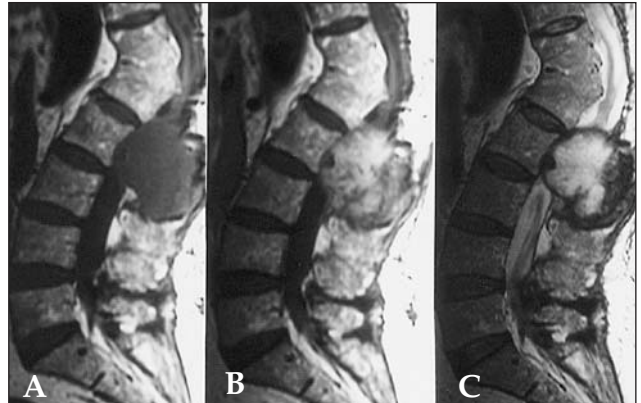
OLGU SUNUMU

Altmış yaşında kadın olgunun, öyküsünden yirmi yıl önce araç içi trafik kazası sonucu T12 kompresyon kırığı tanısıyla acil ameliyata alındığı öğrenildi. Olgunun ifadesinden, kaza sonrası ayaklarında kuvvet kaybı olmadığı, idrarını tutabildiği ve şiddetli bel ağrısı olduğu anlaşıldı. Ameliyatta olguya T12-L1 laminektomi uygulandığı, 6 ay boyunca torakolomber korse kullandığı ve aktif yaşantıya sorunsuz döndüğü saptandı. On beş yıldır aralıklarla bel ağrısı yakınmaları olan olgunun, son 5 aydır şikayetlerinin arttığı, ağrısının her iki bacağına yayıldığı, ayaklarında giderek artan güçsüzlük ve yürüme zorluğu olduğu anlaşıldı. Olgunun fizik muayenesinde geçirilmiş operasyon yerinde kızarıklık veya şişlik tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde kanda beyaz küre:7400/mm³, sedimantasyon 12 mm/saat, CRP (-) olarak bulundu. Nörolojik muayenede alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri bilateral hiperaktif ve L1 dermatomu altında hipoestezi saptandı. Sağda kuadriseps, anterior tibialis ve extensor hallucis longus kasında 1/5 kuvvet kaybı saptandı. Olgunun torakolomber direkt grafilerinde T12-L1 kemiklerinde füzyon ve kifoz açısı 61 derece olarak bulundu. Torakolomber bilgisayarlı tomografide

(BT) T12 ve L1'de laminektomi defekti, L2'nin sağ nöral forameninde genişleme tespit edildi. L2 laminasının özellikle sağda erode olduğu ve spinöz prosesin incelendiği izlendi (Şekil 1). Torakolomber manyetik rezonans (MR) incelemesinde L1-L3 seviyesinde ekstradural yerleşimli, ciltaltı yağ dokusuna kadar uzanan, kemik yapıları destrükte etmiş, sağda belirgin ancak orta hattın soluna da geçen 6x4x4 cm boyutlarında lezyon görüldü. Kitlenin; T1 ağırlıklı incelemelerde hipointens, T2 ağırlıklı kesitlerde heterojen hiperintens ve kontrast madde enjeksiyonu sonrası heterojen kontrast tutan düzgün sınırlı ekstradural yerleşimli olduğu tespit edildi (Şekil 2, 3). Spinal ekstradural tümör ön tanısıyla operasyona alınan olguda; sağda fasya içinde normal dokuyla iyi klivaj vermeyen, paravertebral adaleleri invaze etmiş, sınırları belirgin olmayan lezyonla karşılaşıldı. L2 laminasının kalan kısmına laminektomi yapıldı.

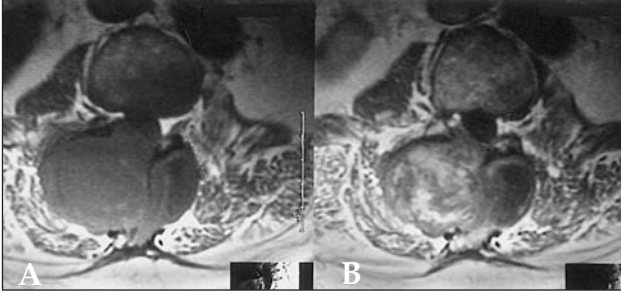


Şekil 1: Aksiyel BT incelemesi: tümör benzeri lezyonun yaptığı kemik erozyonu



Şekil 2:

A: T1 ağırlıklı sağıtal MR incelemesi: hipointens tümör benzeri lezyon
B: Kontrastlı MR incelemesi: tümör benzeri lezyonda heterojen kontrast tutulumu
C: T2 ağırlıklı sağıtal MR incelemesi: heterojen hiperintens tümör benzeri lezyon

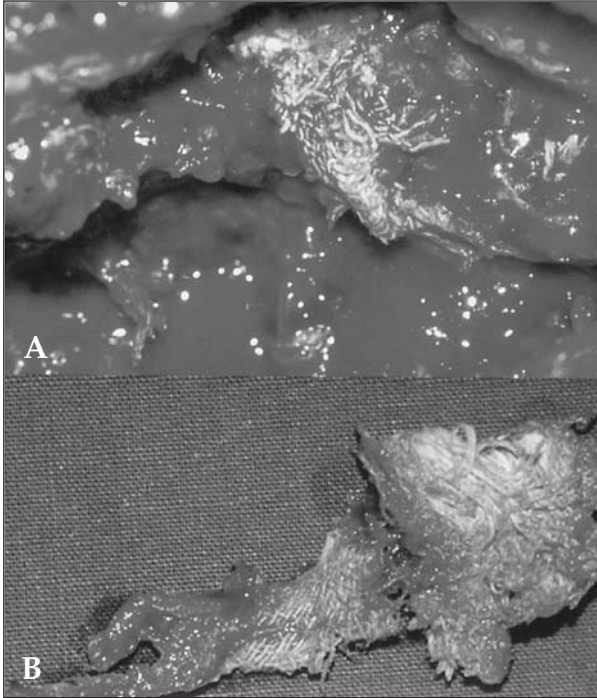


Şekil 3:

A: T1 ağırlıklı aksiyel MR incelemesi: hipointens, dural saka sağda bası yapan tümör benzeri lezyon

B: Kontrastlı aksiyel MR incelemesi: dural saka sağda bası yapan, heterojen kontrast tutulumlu tümör benzeri lezyon

Lezyon içine girildiğinde L2 seviyesinde bir önceki operasyon sırasında cerrahi sahada bırakılmış 35x70 mm boyutlarında gazlı bezle karşılaşıldı (Şekil 4). Gazlı bezle birlikte çevredeki granülasyon dokusu eksize edildi. Çıkarılan doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde; hem gazlı bez, hem de çevre dokudan alınan örneklerde kronik inflamasyon saptandı. Neoplazi ile uyumlu bulgular görülmedi. Doku örneklerinin ekildiği kültür vasatlarında üreme olmadı. Postop 3 gün IV



Şekil 4:

A: Unutulan gazlı bezin peroperatuar görünümü

B: Gazlı bezin görünümü

profilaktik sefuroksim aksetil kullanan olgu, sorunsuz taburcu edildi. Olgunun postop 6. ayda yapılan kontrolünde bel ve bacak ağrısı yakınmasının olmadığı saptandı.

TARTIŞMA

Tüm cerrahi branşlarda ameliyat sırasında hemostaz, ekartasyon veya disseksiyon amaçlı gazlı bezler, pamuk-bez pedi veya havlular kullanılmaktadır. Son yıllarda nöroşirürji pratiğinde bol kanamalı ve invaziv omurga cerrahisinin yaygınlaşmasına paralel olarak kullanılan gazlı bez ve pedilerin miktarı da artmıştır. Cerrahi sırasında dikkatsizlik ve dalgınlık sonucu unutulmuş yabancı cisimler farklı klinik ve radyolojik tablolarla karşımıza çıkmaktadır (4,5,9,12,18,20). Yabancı cisme bağlı enfeksiyon en sık karşılaşılan klinik olmakla birlikte, bazen yabancı cisim ve çevresindeki doku reaksiyonuyla atipik dev kitleler oluşup, bası bulgularının ortaya çıkmasına neden olurlar (9,17). Bu atipik kitlelerin, tümör benzeri klinik ve radyolojik bulgular sergilemesi oldukça nadirdir. Bizim olgumuzda da geçirilmiş operasyon öyküsü ilk planda yabancı cismi aklımıza getirmiştir. Ancak ilk operasyonun üzerinden 20 yıl geçmesi ve MR'deki lezyonun eski operasyon alanının inferioruna doğru yönelmiş olması, pedikül ve kemik yapıyı ileri derecede destrükte etmesi, bizde öncelikle spinal ekstradural bir tümör düşündürmüştür.

Unutulan yabancı cisme bağlı komplikasyonlar mesleki ve hukuksal kaygılardan dolayı nadir olarak bildirilmektedir (8,10,11,19). Nöroşirürji literatüründe oldukça az sayıda yabancı cisimle ilgili yayına rastlanılmaktadır (11,12). Unutulan yabancı cisimler genelde, erken dönem enfeksiyon bulguları ile kendini belli ederler. Özellikle antibiyotik tedavisine rağmen geçmeyen ve tekrarlayan enfeksiyonlarda mutlaka yabancı cisimler akılda tutulmalıdır. Bu gibi durumlarda enfeksiyonun takip ve tedavisinde klasik laboratuvar tetkikleriyle yetinilmemeli, ileri radyolojik incelemelerle yabancı cisim varlığı araştırılmalıdır. Bazen yabancı cisimler klinik olarak sessiz kalmakta veya apse formasyonu oluşmadan bir doku inflamasyonu ve reaksiyonu ile karşımıza çıkmaktadır (1,15,16,17,22). Yabancı cisimler ve çevresinde inflamasyon kimi zaman oldukça büyük boyutlara ulaşarak, kitle etkisiyle

yeni klinik bulguları ortaya çıkmasına neden olmaktadır (1,16,17). Bizim olgumuzda son 5 aydır ayaklara vuran ağrı artışı ve yürüme zorluğu ile birlikte yeni nörolojik tablo tespit edilmiştir.

Unutulan yabancı cismin radyolojik olarak tespit edilmesi MR öncesi dönemde oldukça zordu. Operasyon hikayesi olan olgularda BT ve ultrasonografi (USG) bulgularıyla unutulan yabancı cisimlere tanı konulmaya çalışılmıştır (2,3,6,7,14,18). Matsumoto vücut içindeki yabancı cisimlerin kolay tanınması için BT ve USG bulgularını 4 tipe ayırmıştır (13). Karakteristik BT ve USG bulgularıyla birlikte cerrahi hikayesinin, yabancı cisim unutulan olgularda doğru tanının konulmasında etkin olduğunu ifade etmiştir.

Manyetik rezonans tetkikinin rutin kullanıma girmesinden sonra BT ve USG bulgularının klinik önemi azalmıştır. Pelvis, retroperitoneum, boyun, göğüs ve paraspinal bölgede unutulmuş yabancı cisimlere ait MR görüntüleri yayınlanmasıyla unutulan yabancı cisimlere tanı koymak daha kolaylaşmıştır (1,4,12,15,20,21). Günümüzde rutin olarak kullanılan MR'de, unutulan gazlı bezin görüntüsü cerrahi sonrası geçen süre ve oluşan yabancı cisim reaksiyonuna bağlı farklı görüntülerde ortaya çıkmaktadır (1,4,9,15,16,20,22). Genelde cerrahi sahada kalan gazlı bez 2 tip yabancı cisim reaksiyonuna sebep olmaktadır. İlk reaksiyon; adezyon ve enkapsülasyonla ortaya çıkan yabancı cisim granülomları oluşturan aseptik fibrinöz tip doku reaksiyonudur. İkincisi ise sekonder bakteriyel enfeksiyonun eklendiği veya eklenmediği, apse formasyonlu eksüdatif tip doku reaksiyonudur (1,15,22). Bu iki tip reaksiyon MR da farklı görüntülerin izlenmesine neden olmaktadır (4,9,20). Nabors ve arkadaşları omurga cerrahisi sırasında unutulan ve apse formasyonu ile karşılına çıkan bir olgunun MR bulgularını yayınlamışlar ve cerrahi sahada oluşan apselerde sadece cerrahi prosedürlerin değil unutulan yabancı cisimlerinde sorumlu olabileceğini bildirmişlerdir (16). Benzer şekilde Karcnik, anterior servikal füzyon uygulanan bir olguda geç dönemde kontrol T2 ağırlıklı MR incelemesinde hiperintens görüntünün bir yabancı cisim granülomu olduğu kanaatine varmıştır (9). Bizim olgumuzda ikincil tip apse formasyonu ile karşılaşmamıştır.

Unutulan yabancı cisim zamanla organize olarak kitlesel büyüklüğünü arttırabilmektedir. Yabancı cisme karşı oluşan çevresel reaksiyon süreye orantılı değildir. Rieman ve arkadaşları boyunda kitle veya apse oluşumuyla acil servise başvuran bir olguda 20 yıl önce geçirilmiş strumektomi operasyonunda unutulan gazlı bez tespit etmiştir (17). Kırk üç yıl önce torakotomi yapılan bir olguda yapılan reoperasyon sırasında operasyon sahasında bulunan gazlı bez, literatürde bildirilen en uzun süreli olgudur (21). Nöroşirürji literatüründe 20 yıl önce unutulan ve klinik bulgu veren başka bir olguyla karşılaşmamıştır. Bizim olgumuz 20 yıl sonra klinik bulgu veren, omurgada unutulan ilk yabancı cisim olgusudur.

Cerrahi branşlarda oluşan komplikasyonlara karşı hastalar tarafından açılan hukuksal davalar cerrahları artık daha dikkatli olmaya itmektedir (8,11). Özellikle cerrahi esnasında hemostaz ya da ekartasyon amaçlı kullanılan gazlı bez ve pediler kolaylıkla gözden kaçmaktadır. Bu amaçla geniş açılışlarda mutlaka büyük gazlı bezler tercih edilmeli ve kullanılan gazlı bezlerin sayımı titizlikle yapılmalıdır. Sayım işlemi bitmeden kapanışa geçilmemesi omurga cerrahisinin basit kuralıdır. Ayrıca gazlı bezler ekartörlere takıldığı zaman çekilip çıkartılmaya çalışılmamalı ve "iplik iplik" hale getirilmemelidir. Operasyonda kullanılan pamuk ve bez pediler mutlaka tutucu ipli olmalı, cerrahi sahadan alındıktan sonra pedinin bütünlüğü ve tamamının çıkarılmış olduğu kontrol edilmelidir. Pamuk pediler kolaylıkla liflerine ayrılabilirdiği için ilk planda tercih edilmemeli, hemostaz sonrası kapanışa geçmeden önce cerrahi saha bolca serum fizyolojikle yıkanmalıdır.

Sonuç olarak, cerrahi müdahale geçirmiş olgularda, aradan 20 yıl geçse bile operasyon bölgesinde atipik veya tümör benzeri nöroradyolojik inceleme bulgularıyla karşılaşıldığında, bunun bir önceki operasyonda unutulmuş bir yabancı cisim ve doku reaksiyonu olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Boyvat F, Saatci I, Ozmen MN, Cekirge HS: Retained sponge in the neck: MR appearance. AJNR Am J Neuroradiol 16:1564-1565, 1995
2. Burrel M, Capurro S, Arguis P, Vilana R: Sonographic appearance of a retained surgical sponge in the neck. J Clin Ultrasound 28:311-313, 2000

3. Corso R, Sacerdoti S, Zoldan MC, Rovere G: Retained surgical sponge mimicking bladder neoplasm. Report of a case and diagnostic assessment with ultrasonography and computerized tomography. *Radiol Med (Torino)* 95:256-258, 1998
4. Hoeffner EG, Soulen RL, Christiansen CW: Gelatin sponge mimicking a pelvic neoplasm on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 157:1227-1228, 1991
5. Hyslop JW, Maull KI: Natural history of the retained surgical sponge. *South Med J*. 75:657-660, 1982
6. La Fianza A, Campani R, Dore R, Tateo S: Computed tomography of intraperitoneal retained gauzes. *Radiol Med (Torino)* 82:706-710, 1991
7. Liessi G, Semisa M, Sandini F, Roma R, Spaliviero B, Marin G: Retained surgical gauzes: acute and chronic CT and US findings. *Eur J Radiol* 9:182-186, 1989
8. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA: The retained surgical sponge. *Ann Surg*. 224:79-84, 1996
9. Karcnik TJ, Nazarian LN, Rao VM, Gibbons GE Jr: Foreign body granuloma simulating solid neoplasm on MR. *Clin Imaging* 21:269-272, 1997
10. Keeman JN: The retained surgical sponge, an ongoing surgical problem. *Ned. Tijdschr Geneesk*. 146:245-246, 2002
11. Marquardt G, Rettig J, Lang J, Seifert V: Retained surgical sponges, a denied neurosurgical reality. *Neurosurg Rev* 24:41-43, 2001
12. Mathew JM, Rajshekhar V, Chandy MJ: MRI features of neurosurgical gossypiboma: report of two cases. *Neuroradiology* 38:468-469, 1996
13. Matsumoto S, Aikawa H, Miyake H, Mori H, Maeda T, Nishimura H, Monzen Y, Ashizawa A, Isomoto I: CT and sonographic diagnosis of retained surgical sponge. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 50:1350-1358, 1990
14. Miyake H, Kohno A, Ohta Y, Tsuchiya F, Harasawa A, Yamada T, Yamada K, Kawai C, Ueno E, Suzuki K: CT findings of the retained surgical gauze and towel. *Rinsho Hoshasen Mar* 29:377-380, 1984
15. Mochzuki T, Takehara Y, Ichijo K, Nishimura T, Takahashi M, Kaneko M: Case report: MR appearance of a retained surgical sponge. *Clinical Radiol* 46:66-67, 1992
16. Nabors MW, McCrary ME, Clemente RJ, Albanna FJ, Lesnik RH, Pait TG, Kobrine AI: Identification of a retained surgical sponge using magnetic resonance imaging. *Neurosurgery* 18:496-498, 1986
17. Riemann R, Milewski C: Interesting case no. 20 corpus alienum colli. *Laryngorhinootologie* 78:57-60, 1999
18. Şahin-Akyar G, Yağcı C, Aytaç S: Pseudotumour due to surgical sponge: gossypiboma. *Australas Radiol* 41:288-291, 1997
19. Santas AA, Diez JA, Sala CA, Spatola J, Achaval Ayerza H, Achabal Ayerza H: Foreign bodies forgotten during surgical operations. *Bol Trab Soc Cir B Aires* 49:94-104, 1965
20. Suojanen J, Wang AM, Winston KR: Pantopaque mimicking spinal lipoma: MR pitfall. *J Comput Assist Tomogr* 12:346-348, 1988
21. Taylor FH, Zollinger RW 2nd, Edgerton TA, Harr CD, Shenoy VB: Intrapulmoner foreign body: sponge retained for 43 years. *J Thorac Imaging*. 9:56-59, 1994
22. Yamaguchi M, Kumada K: Aseptic encapsulation of retained surgical sponge. *Can J Surg* 38:100, 1995