

- Gökaslan H,Sismanoglu A,Pekin T,Kaya H,Ceyhan N.Primary malignant melanoma of the vagina: a case report and review of the current treatment options. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;121:243-8.
- Reid GC, Schmidt RW, Roberts JA, Hopkins MP, Barrett RJ, Morley GW. Primary melanoma of the vagina: a clinicopathologic analysis. Obstet Gynecol 1989; 74:190-199.
- Li Y, Li M, Wu Q. Clinical analyses of 25 cases of primary vaginal malignant melanoma. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1999;34:162-4.
- Liu L,Li X,Hong W.Primary malignant melanoma of the vagina: a report of 22 cases.Zhonghua Zhong Liu Za Zhi 1996;18:385-7
- Petru E,Nagele F,Czerwenka K,et al. Primary malignant melanoma of the vagina :long term remission following radiation therapy.Gynecol Oncol 1998;70:23-6
- Geisler JP,Look KY,Moore DA,Sutton GP. Pelvic exenteration for malignant melanoma of the vagina or urethra with over 3 mm of invasion.Gynecol Oncol 1995;59:338-41
- Stellato G,Iodice F,Casella G,Fortuna G,Tramontana R,di Bonito M,Tramontana S. Primary malignant melanoma of the vagina: case report.Eur J Gynaecol Oncol 1998;19:186-8
- DeMatos P,Tyler D,Seigher HF.Mucosal melanoma of the female genitalia: a clinicopathologic study of forty-three cases at Duke University Medical Center.Surgery 1998;124:38-48
- Cobelis L,Calabrese E,Stefanon B,Raspaglies F.Malignant melanoma of the vagina:a report of 15 cases.Eur J Gynaecol Oncol 2000;21:295-7
- Coleman RL.Primary vaginal melanoma : a rare and problematic clinic entity.Ann Surg Oncol 2004;11:4-6.
- Miner TJ,Delgado R,Zeisler J,Busam K,Alektiar K,Barakat R,Poynor E. Primary vaginal melanoma: a critical analysis of therapy. Ann Surg Oncol 2004;11:34-9.

Sorumlu Yazar: Uz. Dr. Eralp BAŞAR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği Ankara - TÜRKİYE

Tel: 0 (312) 306 50 50

E-mail: eralpbaser@yahoo.com

İLERİ EVRE OVER KANSERİNİ TAKLİT EDEN GOSSIPİBOMA OLGUSU

GOSSIPIBOMA MIMICKING ADVANCED OVARIAN CALCINOMA: CASE REPORT

Müjdegül KARACA, Cihan TOĞRUL, Özlem ALTINKAYA, Eralp BAŞER, Ebru H. BIBEROĞLU, Levent ŞİRVAN,Tayfun GÜNGÖR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi:01.05.2011

Kabul Tarihi: 12.05.2011

Giriş

Gossipiboma veya tekstiloma, ameliyattan sonra vücutta kalan cerrahi gaz tampon ya da kompres olarak tanımlanır. Gossipiboma nadir, tanısı oldukça zor, sıklıkla asemptomatik, morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir durumdur. Özellikle postoperatif dönemde nonspesifik şikayetleri olan hastalarda klinisyenlerin aklına gelmesi gereken bir durumdur. 49 yaşında, hastanemizde opere olan hastada postoperatif dönemde ağrı şikayetleri olması üzerine yeniden değerlendirilmesi sonucunda pelvik ultrasonografik incelemede, sağ over lojunda 41x27 mm, 43x34 mm ve 39x34 mm boyutlarında ince cidarlı kistik lezyonlar ve batında yaygın ascites nedeni ile yapılan laparotomide ortaya çıkarılmıştır. Bu tür komplikasyonların engellenebilmesi için karın kapatılırken tüm ameliyat malzemelerinin dikkatlice kontrolü ve sayımı gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:Gossipiboma,over kanseri

Abstract

Gossypiboma, or textiloma, retention of surgical sponges in body cavities is a preventable condition that has been seen very rarely, generally asymptomatic but leads to morbidity and mortality. A 49 years-old female patient, who has been operated in our institution with intermittent severe abdominal pain in postoperative period was re-evaluated and sonographic examination revealed a cystic mass measuring 41x27,43x34 and 39x34 mm and ascites at right adnexial region. Patient was reoperated due to suspicion of gossypiboma. In order to prevent these types of complications, we must control and count all of the surgical materials before closing the abdomen.

Keywords:Gossypiboma, ovarian cancer

Gossipiboma veya tekstiloma, ameliyattan sonra vücutta kalan cerrahi gaz tampon ya da kompres olarak tanımlanır. Gossipiboma Latince gossipium (pamuk) ve Savahilce boma (gizlenme yeri) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir. Gossipiboma, nadir görülen ve önlenabilir bir komplikasyon olup medikolegal problemler yaratır. Gossipiboma insidansı 1000-15000 intraabdominal operasyonda 1'dir. Sıklıkla abdominal kavitede olmasına rağmen paraspinal kaslar arasında, intratorasik bölgede, bacakta, omuzda ve perikardial boşlukta bulunabilir (1-2). Bu yazıda, 49 yaşında, kasık ağrısı şikayetiyle başvuran ve operasyon sonrasında gossipiboma tespit edilen bir hasta sunulacaktır.

Olgu

49 yaşında hasta, sağ kasık ağrısı şikayetiyle jinekolojik onkoloji k cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın öy-

küsünden, üç kez sezaryen, 15 yıl önce over kisti nedeniyle laparotomi ve üç yıl önce kolesistektomi operasyonunu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; Pfannenstiel ve Kocher insizyon skarları izlendi. Ayrıca, sol pelvik bölgede 10x10 cm boyutunda, mobil, ağırlı kitle palpe edildi. Laboratuvar incelemesinde Ca 125'in 228 IU/ml olması dışında bir özellik yoktu. Üst abdominal ultrasonografi incelemesinde karaciğerde grade II steatoz tespit edildi. Safra kesesinin opere olduğu izlendi. Pelvik ultrasonografi incelemesinde, sağ over lojunda 41x27 mm, 43x34 mm ve 39x34 mm boyutlarında ince cidarlı kistik lezyonlar ve batında yaygın ascites mevcuttu. Hasta, postmenapozal genital kitle öntanısıyla laparotomiye alındı. Abdominal kavite explore edildi. Eksplorasyonda barsaklar dens yapışıklıklar içerecek şekilde konglomerat oluşturmuştu. Batından 3000 cc asit boşaltıldı. Transvers kolon üzerin-

den başlayıp mideye doğru uzanan ve tüm transvers kolonu içeren yaklaşık 20x10 cm kitle izlendi. Kitle, omentum ile devamlılık gösteriyordu. Çıkan kolon ve transvers kolon kitleden yaklaşık 30 cm serbestleştirildi. Genişletilmiş sağ hemikolektomi yapıldı. Distal kolon ucu kapatılarak işaretlendi. Üç ileostomi açıldı. Mesane üzerindeki kalınlaşmış periton eksize edildi. Uterus, tüp ve overler muhtemel enfeksiyona bağlı olarak dens şekilde yapıştı. Histerektomi, morbiditeyi artırabileceği için kemoterapi sonrasına ertelendi. Kalın barsak ansları arasından infekte, bükülü halde, yer yer çürümüş, çevre dokulara invaze yabancı cisim çıkarıldı. Ameliyata son verildi ve lastik dren konularak hasta kapatıldı. Patoloji raporunda; kolonda, omentumda, mesane üzerinde, sağ üst kadran parietal peritonda, sağ eksternal iliak lenf nodlarında bir adet metastatik seröz karsinom tespit edildi.

Tartışma

Gossipiboma ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen, hukuki ve sosyal problemler yaratabilen bir durumdur. Gerçek insidansı bilmek zordur. Bazı vakalarda belirti veremeyebilir. Sunulan vakada da hastanın şikayeti gossipiboma ile ilgili görünmemektedir. Asemptomatik olguların tanınması zordur. Eğer gossipiboma radyoopak marker içermiyorsa radyolojik incelemede tanınması zordur; çünkü pamuk, hematoma, granülatöz reaksiyon, kistik kitle, neoplazi ve apse formasyonu ile karışabilir. Çoğunlukla cerrahi gazlı tamponlar radyoopak marker içerir. Şüphelenilmesi halinde standart abdominal direkt radyografi ile tanı konulabilir. Bu tip gazlı tamponlar bilgisayarlı tomografi ile de tanımlanabilir. Radyoopak madde içermemesi halinde tanınmaları zordur. Granülatöz reaksiyon ve yabancı cismi komşuluğundaki dokuların kalınlaşp ödemleşmesi, dokunun genişlemesine ve tümörle karışmasına yol açabilir (3). Gossipiboma olgularının %75'i abdominal ve pelvik cerrahiden sonra görülür (4). Gossipiboma, barsak veya organ perforasyonlarına, obstrüksiyonlara, fistül oluşumuna, sepsise ve hatta ölüme yol açabilir (5). İntraabdominal gossipiboma ileum, mide, mesane ve kolona invaze olabilir. Gossipibomalar obez veya acil cerrahi uygulanmış hastalarda daha sık karşımıza çıkar (6). Obez hastalarda intraperitoneal boşluk çok geniştir ve ameliyatın yapılması teknik olarak güçtür. Gawande ve arkadaşlarının belirttiğine göre gazlı tampon unutulmasına acil cerrahilerde 9 kat daha fazla rastlanmaktadır. Gossipibomanın klinik prezentasyonu, lokasyonuna ve yol açtığı reaksiyonun tipine bağlıdır. Patolojik olarak iki tip yabancı cisim reaksiyonundan bahsedilebilir; eksuda reaksiyonu ile giden apse formasyonu olabileceği gibi eksternal ve internal fistül formasyonu da görülebilir. Ayrıca granülom oluşumuna yol açan adezyon veya aseptik fibröz reaksiyonlar da görülebilir. Bu durum pseudo-tümör sendromuna yol açabilir (7). Gossipibomanın klinik bulguları sıklıkla abdominal distansiyon,

tenesmus, ileus, kusma, diare ve bizim vakamızda olduğu gibi ağrı ve kitle bulguları şeklinde olabilir. Bu bulgular nonspesifik olduğu ve cerrahiden yıllar sonra ortaya çıktığı için tanı ancak şüphe ve görüntülemeyöntemleri ile konulabilir. Sıklıkla görülen radyolojik bulgular yumak halinde radyopak çizgilerdir. Ultrasonografide internal ekojenik odaklar, hipoeoik kenar ve kuvvetli posterior gölgelenme izlenebilir. Bilgisayarlı tomografide internal süngerimsi görüntüler ve kabarcıklar içeren kistik lezyon şeklinde görülür. Hiperdens bir kapsül veya kabarcık gölgeleri ve kalıfıkasyonlar da şüphe uyandırabilir. Gossipiboma endoskopik, laparoskopik ya da laparatomik olarak çıkarılabilir.

Gossipiboma nadir, tanısı oldukça zor, sıklıkla asemptomatik, morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir durumdur. Ayırıcı tanıda spesifik bir klinik ve radyolojik bulgu göstermeyen kronik hastalıklar vardır. Geçirilmiş önceki operasyonlar şüphe uyandırmalıdır. Özellikle acil, yabancı ekiple girilen operasyonlar, obez hastalarda daha sık bu komplikasyon olabileceği akıldan tutulmalıdır. Ameliyattan sırasında ve özellikle karın kapatılırken, ameliyatta kullanılan alet ve gazlı tamponların sayımı tam olarak yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. H. Alis, A. Soylu, K. Dolay, M. Kalayci, and A. Ciltas, "Surgical intervention may not always be required in gossipiboma with intraluminal migration. W J Gastroenterol, 2007;48:6605-7.
2. L.-R. Shyung, W.-H. Chang, S.-C. Lin, S.-C. Shih, C.-R. Kao, and S.-Y. Chou, "Report of gossipiboma from the standpoint in medicine and law," WJ Gastroenterol, 2005;11:1248-9.
3. S. Yılmaz, C. Polat, Y. Arıkan, M. Acar, G. Akbulut, and O. N. Dilek, "Laparoskopik cerrahi sonrası unutulmuş yabancı cisim: endoloop parçası. Vaka sunumu," Kocatepe Tıp Dergisi, 2003;2:69-72.
4. Kopka L, Fischer U, Gross AJ, Funke M, Oestmann JW, Grabbe E. CT of retained surgical sponges (textilomas): pitfalls in detection and evaluation. J Comp Assist Tomogr. 1996;20:919-23.
5. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Eng J Med. 2003;348:229-35.
6. Mason LB. Migration of surgical sponge into small intestine. JAMA. 1968;205:938-9
7. Sun H-S, Chen S-L, Kuo C-C, Wang S-C, Kao Y-L. Gossipiboma retained surgical sponge. J Chinese Med Assoc. 2007;70:511-3.

Sorumlu Yazar: Uz. Dr. Eralp BAŞAR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği Ankara - TÜRKİYE

Tel: 0 (312) 306 50 50

E-mail: eralpbaser@yahoo.com

SOLUNUM SEMPTOMLARI İLE TANI ALAN BRAKİYAL PLEKSUS PARALİZİSİNE EŞLİK EDEN FRENİK SİNİR PARALİZİSİ

PHRENIC NERVE PALSY ASSOCIATED WITH BRACHIAL PLEXUS PALSY DIAGNOSED WITH RESPIRATORY SYMPTOMS

Ufuk ÇAKIR, Serdar ALAN, Atila KILIÇ; Ömer ERDEVE, Begüm ATASAY; Saadet ARSAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 10.07.2012

Kabul Tarihi: 14.08.2012

Özet

Brakiyal pleksus zedelenmesi doğum sırasında brakiyal pleksustaki gerilmeye bağlı oluşur. Bozulan üst ekstremitate motor fonksiyonları sıklıkla düzelir. Yenidoğanda brakiyal pleksus felci frenik sinir paralizi ile eş zamanlı olabilir. Makat geliş, neonatal makrozomi, maternal diyabet, forseps/vakum kullanımı ve omuz distosisi belli başlı risk faktörleri olarak tanımlanır. Burada makrozomik doğup uzayan solunum sıkıntısı nedeniyle Erb-Duchenne paralizisine eşlik eden diafragma paralizi tanısı alan olgu sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Erb-Duchenne, diafragma paralizi

Abstract

After labor brachial plexus injury is caused by traction of brachial plexus. Frequently, upper extremity motor functions which were impaired, improves. Brachial plexus palsy and phrenic nerve palsy may be concurrent in newborns. Breech presentation, macrosomia, maternal diabetes, forceps/vacuum extraction, shoulder dystocia are known main risk factors. We present here, a macroscopic case who had prolonged respiratory distress and diagnosed Erb-Duchenne paralysis with diaphragmatic paralysis.

Keywords: Newborn, Erb-Duchenne, diaphragmatic paralysis

Brakiyal pleksus felci, üst ekstremitenin flask paralizisidir ve doğum sırasında C5-C8 servikal sinir kökleri ile torasik kök T1'den oluşan brakiyal pleksustaki travmatik gerilmeye bağlı oluşur (1,2). Bu durum genellikle geçicidir ve ekstremitate motor fonksiyonlarının % 70-92 sıklıkla düzelir (1,3). Yenidoğanda brakiyal pleksus felci frenik sinir paralizi ile eş zamanlı olabilir. Brakiyal pleksus paralizisinin şiddeti ile frenik sinir paralizi eşlikteliği arasındaki ilişki bilinmemektedir. Bu birlikteliğin insidansı konusunda yeterli çalışma yoktur (4).

Erişkinlerdekinden farklı olarak bebeklerin solunumu diafragmalarına daha çok bağımlıdır. Bebeğin göğüs duvarının kompliansı fazladır, mediastinum fazla hareketlidir ve interkostal kaslar güçsüzdür (1,4). Yenidoğanda tek taraflı frenik sinir paralizi tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları gibi belirgin solunum sistemi sorunu ile sonuçlanabilir ve bu durum sıklıkla çoğu kez yoğun bakım yatışı, entübasyon veya trakeostomi gibi girişimleri gerektirebilir (4).

Burada diafragma paralizi tanısı almış bir makrozomik yenidoğanda tanı, tedavi ve izlemi sunularak literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu

33 yaşında annenin 4. gebeliğinden 4. yaşayan olarak normal vajinal yol ile 39. hafta, 4690 g doğan bebeğin doğum sonrası kalp tepe atımı 100/dk üstünde ancak solunumu yoktu. 1. ve 5. dakika APGAR skorları sırasıyla 6 ve 8 olarak kaydedildi. Taktil uyarı ile spontan solunumu başlayan olgu doğum salonunda yapılan fizik incelemede inleme, interkostal retraksiyon, burun kanadı solunumu ve sol kolda Moro refleksi kaybı görüldü. Sol kol ekstansiyon postüründe olmasına karşın aynı taraf elde yakalama normal idi. Hasta mekanik doğum travması, iri bebek, pulmoner maladaptasyon, Erb-Duchenne paralizi ön tanılarıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Yatışında fizik inceleme; solunum sayısı 70/dk ve interkostal retraksiyonları olan hastaya çekilen akciğer