

FAIT CLINIQUE

TEXTILOME ABDOMINAL, À PROPOS D'UN CAS.

ABDOMINAL GOSSYPIBOMA, A CASE REPORT

K SIMLAWO¹, DM SAMBIANI¹, K ADABRA², E AMETITOV¹, RANDOLPHE³, E DOSSEH¹

1 Service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Régional Lomé commune (Togo)

2 Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

3 Service d'anesthésie et de réanimation du Centre Hospitalier Régional Lomé commune (Togo)

RÉSUMÉ

Le textilome est une complication post-opératoire très rare mais bien connue. Il peut s'agir d'un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. La découverte du textilome abdominal est généralement tardive. L'anamnèse est donc essentielle pour le diagnostic vu que la clinique n'est pas évocatrice. La clinique associe des troubles chroniques du transit à type d'arrêt de matières et de gaz par intermitance. La tomodensitométrie permet un diagnostic topographique précis. Nous rapportons un cas de textilome abdominale, chez une patiente qui avait bénéficié 04 mois auparavant d'une hystérectomie.

Mots clés: *textilome, abdominale*

SUMMARY

The gossypipoma is a very rare post-operative but well known surgery complication. This maybe a foreign body or object left accidentally inside a patient or at an operative site. The discovery of an abdominal gossypipoma usually occurs late. The surgical proceeding anamnesis may be essential for diagnosis since the clinical symptomatology is not evocative. Chronic bowel disorders as lack of faecal or gas discharge occurring intermittently are found. CT scan allows precise topographic diagnosis. We report a case of abdominal gossypipoma diagnosed 04 months after hysterectomy in a female patient.

Keywords: *gossypipoma; abdominal*

Tirés à part

Simlawo Kpatékana ; service de chirurgie générale du centre hospitalier régional Lomé-Commune, Togo.
BP 57. email : richardsim82@yahoo

INTRODUCTION

Le textilome, ou gossypiboma des Anglo-Saxons, se définit comme un corps étranger, en coton ou autre tissu, oublié dans un foyer opératoire, auquel s'associe un granulome en rapport avec une réaction inflammatoire [1]. C'est une complication iatrogène peu fréquente mais bien connue et pouvant être lourde de conséquences aussi bien pour le patient que pour le chirurgien [1].

Nous rapportons un cas de textilome intra-abdominal, chez une patiente opérée 4 mois plus tôt d'une hystérectomie. Etant souvent rarement évoqué, ce diagnostic ne doit pas se voir relégué au tout dernier plan car sa méconnaissance qui reste une faute chirurgicale grave peut parfois mettre la vie du patient en jeu.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 36 ans, mariée et G5P4 avec 04 enfants vivants. Dans ses antécédents, elle a eu un mort-né il y a 4 ans et une hystérectomie totale pour des lésions multiples de l'utérus suite à une tentative d'Interruption volontaire de grossesse 4 mois avant l'admission. En per opératoire on notait une lésion des artères utérines droites avec un important saignement. La prise en charge a été assurée par un chirurgien sénior dans une structure privée de la place. Les suites opératoires ont été marquées par des douleurs abdominales répétitives avec des troubles de transit type de diarrhées, vomissements survenant par intermittence. L'examen clinique a permis de noter une masse au flanc droit. La sortie de l'hôpital s'est faite au 25^e jour post opératoire après une période d'accalmie qui a duré 08 semaines. Elle a de nouveau présenté un épisode de douleur abdominale sur 8 jours avec apparition de suppurations péri-ombilicales.

L'examen clinique avait permis de noter une cicatrice de Pfannenstiel de 12cm, une suppuration péri ombilicale avec une masse douloureuse au flanc droit mesurant 20cm de grand axe et résistante à la palpation. On notait également une suppuration pariétale témoignant d'une fistule entéro-cutanée siégeant en regard de l'ombilic (figure 1). Le reste de l'abdomen était sans particularités. Le toucher rectal était normal. Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale. Une Tomodensitométrie (TDM) abdominale a montré une formation intra-abdominale siégeant au flanc droit, accolée à la paroi abdominale antérieure et mesurant 15cm × 17cm × 7cm de dimensions en faveur d'un abcès abdominal sur textilome (figure 2).

Une laparotomie a permis de retrouver une masse au flanc droit adhérent à la paroi faite de l'épiploon, des anses grêle et du colon transverse. Le décollement de cette masse a permis d'aspirer du pus épais (150cc) et de retrouver une compresse abdominale que nous avons extraite en décollant progressivement les anses

(figure 3). En fin de ce décollement, nous avons eu au total 05 perforations iatrogènes : 02 sur le tiers gauche du colon transverse, 01 sur le cæcum et 02 sur la dernière anse iléale séparées de 05 cm environs.

Le traitement a consisté en une hémicolectomie droite emportant toutes les perforations (figure 4) suivi d'une anastomose iléo-colique transverse termino-latérale.

Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration minime de la plaie opératoire. La reprise de transit a été observée au cinquième jour post-opératoire. La patiente est sortie de l'hôpital au 15^e jour post-opératoire. Elle a tenté une action en justice contre l'institution privée où elle avait été prise en charge. Mais un règlement à l'amiable a été trouvé et stipulait qu'elle serait prise en charge gratuitement pour ses frais médicaux sur les 5 années à venir.



Figure 1 : Photos montrant la cicatrice opératoire (b) et la suppuration péri-ombilicale (a)

b a

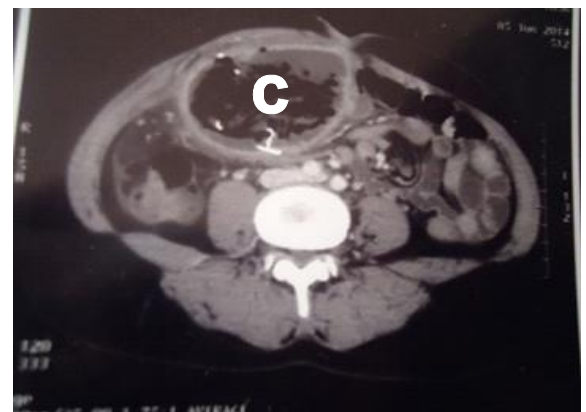


Figure 2 : coupe scannographique montrant le textilome (c)



Figure 3 : photos montrant la compresse abdominale extraite

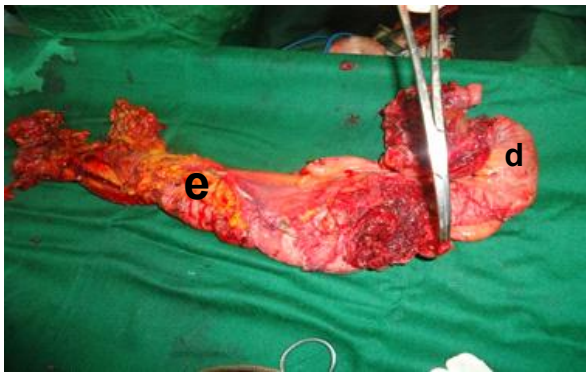


Figure 4 : pièce d'hémi-colectomie laissant voir la perforation caecale, la pince pointe l'appendice
d: iléon e: colon ascendant

DISCUSSION

Les corps étrangers post-opératoires sont rares (1/1000 à 1/10 000 interventions chirurgicales) [2]. Quarante-vingt pourcent de ces corps étrangers sont des textilomes de localisation essentiellement abdominale [2]. Au Togo, bien qu'elle soit rare, aucune publication scientifique n'a été faite à ce sujet. Le textilome met en danger la vie du malade et la réputation du médecin, ce dernier pouvant faire l'objet de poursuites judiciaires [3]. La crainte de ces poursuites peut expliquer le peu de publications sur les textilomes. L'oubli de matériel reste une des hantises du chirurgien lors de toute intervention car l'évolution peut être dramatique pour le patient. En effet, sur une série de 95 patients suivis par Le Neel et al [4], l'exérèse du textilome a abouti certes à la guérison sans complication dans 59,8% des cas, mais les complications ont aggravé l'évolution dans 21,3% des cas, il s'agissait des textilomes ayant nécessité des

gestes plus agressifs (résection intestinale et/ou colique) avec un pourcentage non élevé de complications en particulier septique (?). La période écoulée entre la première opération et la découverte du textilome varie de quelques minutes à 40 ans selon la littérature. La rétention d'un textile peut provoquer plusieurs modifications dans l'organisme : les fibres de textile provoquent dès la 24^e heure une réaction inflammatoire avec exsudation suivie par la formation d'un tissu de granulation (8^e jour), et enfin la fibrose s'organise à partir du 13^e jour. Cette évolution explique, en absence d'infection, les possibilités d'enkystement voire des calcifications avec une tolérance parfois longue. Cette réaction inflammatoire peut être le siège d'une infection (abcès) ou non [5,6]. Les manifestations cliniques d'un textilome abdominal ne sont pas spécifiques ; elles sont dominées par la fièvre, la nausée, les fistules digestives [7]. Dans notre observation les signes cliniques retrouvés étaient la douleur abdominale, la fistule entéro-cutanée, et la masse abdominale.

Le textilome peut être de découverte fortuite lors d'un examen radiologique systématique ou dans le cadre d'un bilan préopératoire pour une autre affection [8].

La radiologie peut montrer des opacités hétérogènes, sièges parfois de calcifications ou de niveaux hydroaériques. L'échogénicité des textilomes in vivo est également en partie attribuée à la présence du tissu réactif relativement hétérogène dans les espaces réticulaires de la compresse oubliée [9]. La tomодensitométrie reste l'examen de choix dans la détection des textilomes [2]. Elle montre le plus souvent un processus tumoral liquidien, hétérogène et hyperdense, ne se rehaussant pas après l'injection du produit de contraste.

Malgré l'imagerie, des diagnostics différentiels préopératoires sont toujours discutés tel que l'abcès pariétal, l'hématome [2].

Dans notre cas, le diagnostic de textilome avait été posé 04 mois après la première opération quand bien même les manifestations cliniques s'étaient révélées tôt ; notre patiente n'avait pas fait l'objet de suivi médical systématique rapproché faute de moyens financiers.

Nous avons procédé à une laparotomie et réalisé une hémi-colectomie droite en raison de multiples perforations à la fin de l'extraction de la compresse abdominale. Le textilome aurait été diagnostiqué tôt qu'on n'arriverait pas à cette sanction chirurgicale lourde. La laparoscopie est possible dans le cas où le textilome est encapsulé et de petite taille [10].

Les conséquences médico-légales que peut impliquer le corps étranger oublié, expliquent qu'il soit un sujet peu abordé et peu publié en chirurgie. En effet la découverte d'un textilome est reconnue comme une faute médicale selon la jurisprudence et le droit

médical [8]

Le comptage systématique des compresses et des champs opératoires avant et après l'intervention reste un moyen efficace pour éviter ces erreurs. L'utilisation de compresses marquées radio-opaques dès 1940 selon les recommandations de Cr Ossen aux USA, a contribué de façon significative à limiter ce type d'incident[4].

CONCLUSION

L'oubli d'un textile ou de tout objet en général au cours

d'une intervention chirurgicale est une faute grave du fait des conséquences cliniques et médico-légales qu'il peut revêtir. Il peut survenir même en l'absence de toute difficulté opératoire, ne mettant aucun chirurgien l'abri. La prévention reste le meilleur moyen pour réduire son incidence et ceci par la vigilance du chirurgien et de son aide et surtout par le comptage systématique des compresses et des champs abdominaux début et en fin d'intervention avant la fermeture pariétale. Lorsqu'il est diagnostiqué tôt, la prise en charge rapide permet de réduire la morbi-mortalité post-opératoire.

REFERENCES

1. A. Arsalane, H. Kabiri, F. Zidane, A. Maslout, A. Benosman. Textilomes thoraciques. Rev. Pneumol. Clin., 2005, 61 : 243-6.
2. O Hammami, J Ammar, A Hamzaoui. Pleural Textiloma discovered after treatment of a persistent arterial channel. La Tunisie Médicale - 2010 ; Vol 88 : 753 - 6.
3. FF Tambo Mouafo, G Andze. Le textilome intra-abdominal chez la femme: A propos de deux observations cliniques en milieu Africain Clinics in Mother and Child Health Vol. 3 2006: 497-500
4. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M, Armstrong O. Textilomes: A propos de 25 cas et revue de littérature. Chirurgie. 1994-1995; 120:272-6
5. 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.
6. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. World J Surg. 2000; 24:521-7.
7. 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; 22:207-14.
8. Lebeau R, Diané B, Koffi E. Les corps étrangers après chirurgie abdominale. Mali Médical 2004; 19 : 8-12.
9. Wan YL, Huang TJ, Huang DL, Lee TY, Tsai CC. Sonography and computed tomography of a gossypiboma and in vitro studies of sponges by ultrasound. Clin Imag 1992;16: 256-8.
10. Târcoveanu E, Dimofte G, Georgescu S, Vasilescu A. Laparoscopic retrieval of gossypibomas - short series and review of literature. Acta Chir Belg 2011; 111 : 366-9.