



Cas clinique

Un cas de textilome scrotal de découverte anatomopathologique

A case of scrotal textiloma of histopathological discovery

AM Gaye¹, A Sarr^{*2}, DK Ndiaye³, O Sow², A Ndiath², B Sine², CZ Ondo², I Thiam¹, MJ Diemé-Ahouidi³, CMM Dial⁴, AK Ndoye²

Résumé

Le textilome ou gossybipoma est une lésion inflammatoire formée à la suite de l'oubli d'un corps étranger de nature textile lors d'une intervention chirurgicale. Sa localisation est généralement abdomino-pelvienne et rarement scrotale. Nous rapportons un cas de textilome scrotal chez un patient de 74 ans, opéré il y'a 30 ans et reçu pour grosse bourse droite. Une orchidectomie en bloc a été réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait mis en évidence à la macroscopie une compresse enveloppée par une coque fibreuse. A la microscopie, il existait un granulome à corps étranger. Mots-clés : Textilome, scrotum, chirurgie.

Abstract

Textiloma or gossybipoma is an inflammatory lesion formed when a textile foreign body is left behind during surgery. It generally occurs in the abdominal-pelvic region and rarely in the scrotal region. We report a case of scrotal textiloma in a 74-year-old patient who underwent surgery 30 years

ago for a large right bursa. En bloc orchiectomy was performed. Anatomopathological examination of the surgical specimen showed macroscopic evidence of a compress enveloped by a fibrous shell. Microscopy revealed a foreign body granuloma.

Keywords: Textiloma, scrotum, surgery.

Introduction

Le textilome ou gossybipoma est une lésion inflammatoire formée à la suite de l'oubli d'un corps étranger de nature textile (compresse, champ) lors d'une intervention chirurgicale. C'est une faute chirurgicale inhabituelle qui est cependant source de complications chez les patients et de poursuites judiciaires pour les chirurgiens. La localisation scrotale est rare en raison de la nature superficielle du scrotum [1,2].

Les manifestations cliniques d'une rétention de compresse de gaze sont soit précoces, soit tardives, selon le type de réaction à un corps étranger.

Nous rapportons un cas de textilome scrotal droit chez un patient de 74 ans, aux antécédents de chirurgie de la bourse qui remonterait à 30 ans.

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 74 ans, aux antécédents d'intervention chirurgicale au niveau des bourses (non documentée) en 1993 à Kaolack (centre du Sénégal), reçu au service d'urologie de l'Hôpital de Pikine pour une grosse bourse droite ayant évolué depuis 15 ans. Celle-ci était d'apparition progressive, indolore, non réductible, non expansive. Le testicule droit était globalement induré et la vaginale ne pouvait être pincée. Il n'existait pas de fistule scrotale et les aires ganglionnaires étaient libres.

L'indication d'une scrototomie exploratrice a été posée. Le testicule droit était très remanié, dure, augmenté de taille, adhérent fortement à une pachivaginalite. Une orchidectomie en monobloc a été réalisée (Figure 1).

En post-opératoire, le patient a été mis sous antibiotiques (amoxicilline-acide clavulanique et métronidazole) et antalgiques (paracétamol et anti-inflammatoire).

A l'examen macroscopique de la pièce opératoire,

il s'agissait d'un fragment tissulaire pesant 320g, mesurant 12 x 9 x 6 cm, de couleur grisâtre, ressemblant à une coque kystique partiellement ouverte à contenu hémorragique. A l'ouverture, la paroi était épaisse et calcifiée par endroit, comportant une excavation dans laquelle logeait une compresse entièrement enveloppée d'une chape fibreuse (Figure 2). Aucun parenchyme testiculaire n'a été identifié.

L'analyse microscopique des coupes histologiques avait montré un tissu fibreux siège de remaniements œdémato-congestifs associés à des granulomes inflammatoires de type à corps étranger. Les granulomes étaient constitués de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes multinucléées de type corps étranger mêlés à des lymphocytes, plasmocytes et macrophages entourant des plages hémorragiques mêlées à des fils de compresse (Figure 3).

Par ailleurs, il existait un tissu testiculaire constitué de tubes séminifères siège d'une fibrose dense, hyaline et étendue sans cellule visualisée, associés à quelques tubes résiduels.

Le diagnostic d'un textilome scrotal a été ainsi retenu. Les suites opératoires étaient simples. Le patient était revu en consultation au bout de 6 mois et avait complètement cicatrisé.

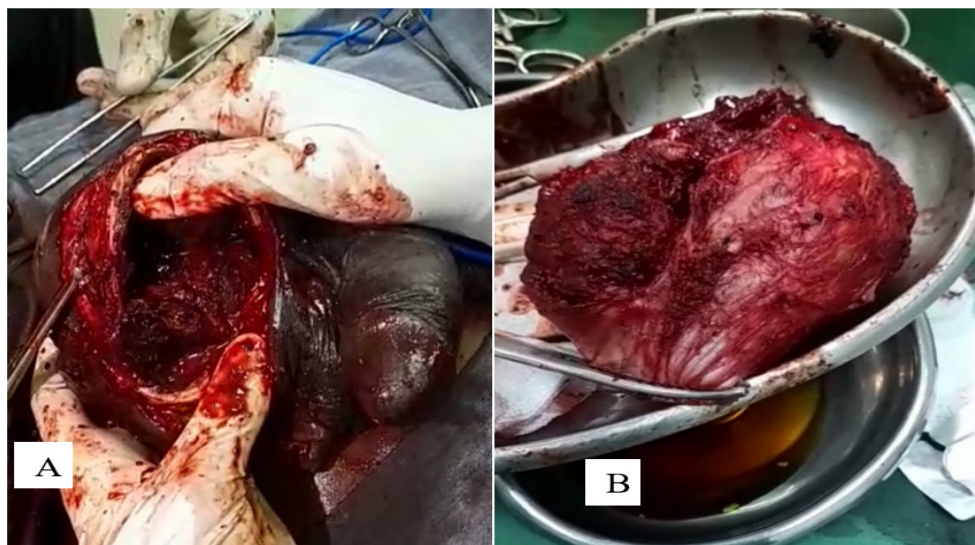


Figure 1 : A: Images en peropératoire montrant une vaginale très épaisse avec masse tissulaire intracavitaire. B :pièce d'exérèse en monobloc de la masse et de la vaginale.

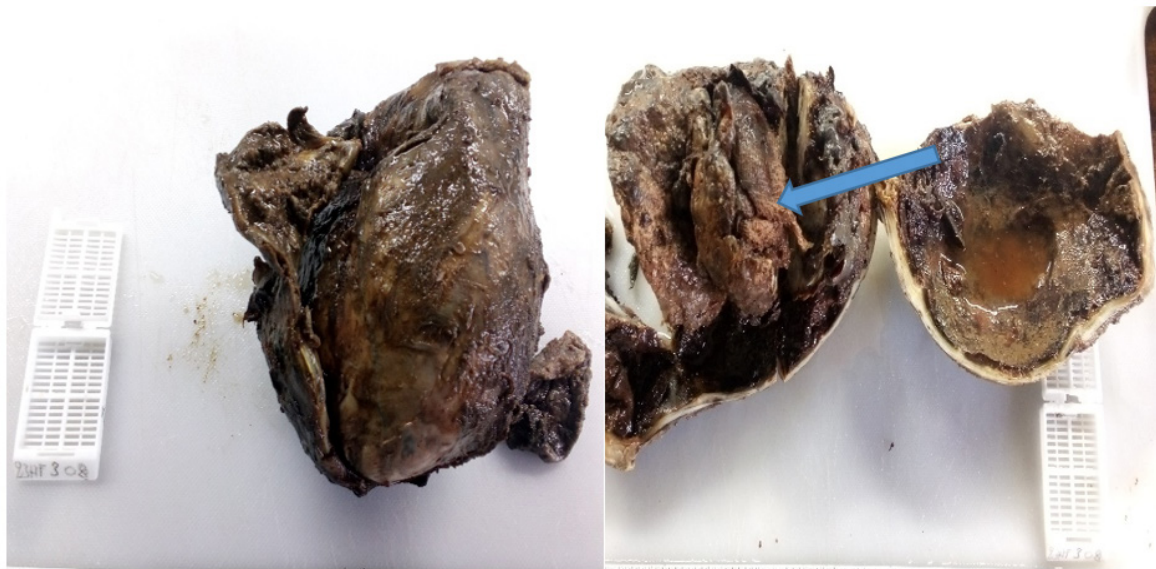


Figure 2: Image macroscopique après fixation au formol avec présence de compresses (flèche) l'ouverture et des remaniements nécrotiques.

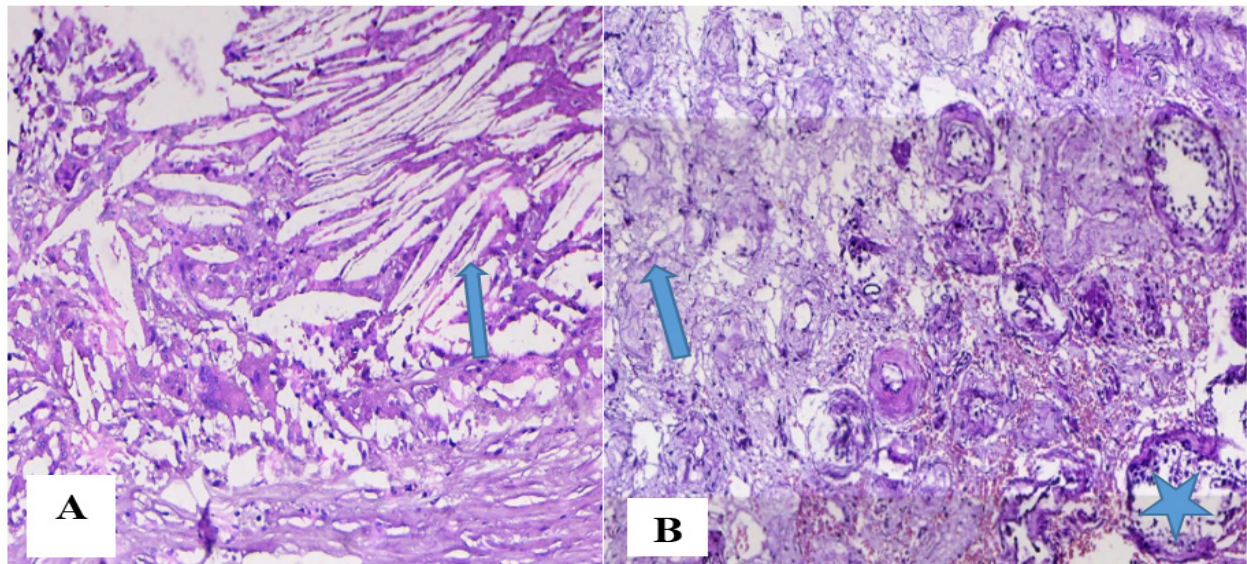


Figure 3 : Aspect histologique du textilome scrotal (HE X 100).

A : Granulome de type corps étranger comportant des cellules géantes autour fibre de compresse (étoiles).
B : Tissu testiculaire constitué de tubes séminifères hyalinisés (flèche) associés à de rares tubes résiduels (étoiles).

Discussion

L'oubli de corps étranger lors d'une intervention chirurgicale est une faute thérapeutique dont les conséquences sont lourdes aussi bien pour le patient que pour le chirurgien.

Les textiles sont les plus couramment rencontrés notamment les compresses qui s'oublent plus

facilement car une fois imbibées de sang, elles échappent à la vue [3,4].

L'incidence exacte des textilomes est inconnue car beaucoup de cas ne sont pas publiés à cause des risques de complications médico-légales. La fréquence rapportée dans la littérature est de 1/1 000 à 1/1500 interventions. La localisation est abdominopelvienne notamment intrapéritonéale

mais tout autre site d'intervention peut être concerné. Ils sont plus fréquents au cours des chirurgies digestives (52%), gynécologique (22%) et urologique (10%) [5,6]. La localisation scrotale est exceptionnelle. Dans la littérature deux cas de textilome scrotal ont été rapportés [1,2] ce qui prouve la rareté de cette entité. En effet le scrotum est de nature superficielle et accessible en toutes ses structures

Une migration de compresse sous l'effet de la pesanteur de la région inguinale vers la bourse homolatérale a été rapportée au décours d'une cure de hernie inguinale [7].

Les chirurgies d'urgence, de longue durée ou volontiers hémorragique sont des facteurs classiquement incriminés dans l'oubli des corps étrangers. L'expérience et la qualité de l'opérateur constituent aussi des éléments déterminants [8].

Les circonstances de découverte sont souvent fortuites généralement en peropératoire ou à l'examen anatomopathologique car les signes cliniques et radiologiques sont non spécifiques même si l'antécédent chirurgical est connu.

La durée entre l'opération et la découverte du textilome scrotal est largement variable. Elle est de 30 ans pour notre cas, cependant Hussaini et Herman ont rapportés respectivement des durées de 9 mois et 2 ans [1, 2].

Sur le plan physiopathologique, les fibres de textile provoquent une réaction inflammatoire exsudative précoce suivie de la formation d'un granulome à corps étranger dès le huitième jour. Une fibrose s'organise enfin autour du textile à partir du 13e jour [5]. Étant donné que le matériel est généralement stérile et chimiquement inerte, la réaction inflammatoire est frustrée. Ce qui concourt en partie au retard diagnostique. En cas d'infection, l'inflammation sera aiguë avec une évolution marquée par une abcédation voire une fistulisation [9,10].

Les manifestations cliniques sont inconstantes et dépendent du processus physiopathologique mis en jeu et de la taille des compresses. Il peut s'agir de

lésions cutanées nodulaires et douloureuses avec lymphœdème local [1].

L'échographie peut orienter le diagnostic. Elle met souvent en évidence une masse hétérogène d'allure kystique, bien encapsulée avec un cône d'ombre postérieur [11].

Le scanner peut contribuer au diagnostic en objectivant une masse hétérogène bien limitée, à paroi dense avec un aspect interne ondulé caractéristique.

L'IRM pourrait être plus spécifique vue sa performance dans l'étude des masses inflammatoires avec un aspect spongiforme et la présence de petites bulles d'air [10, 12]. Elle est cependant rarement pratiquée dans nos contextes.

La chirurgie ouverte avec extraction du corps étranger est le traitement de référence du textilome [9,13]. La prévention est basée sur le compte des compresses et des champs par le chirurgien au début et à la fin de l'intervention chirurgicale [6, 13,14].

Conclusion

Le textilome est une complication postopératoire très rare. Il doit être la hantise de tout chirurgien quel que soit le type ou le site d'intervention. L'examen anatomo-pathologique garde une place centrale dans le diagnostic. Les dispositions préventives doivent être appliquées pour réduire davantage les risques liés à cette faute thérapeutique.

*Correspondance

Alioune SARR .

sarramoc@yahoo.fr

Disponible en ligne : 15 Janvier 2024

1 : Laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar

2 : Service d'urologie de l'hôpital de Pikine de Dakar

- 3 : Laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital de Fann de Dakar
4 : Laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital général Idrissa POUYE de Dakar

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hussaini MY, Muhammed A, Ahmad B, Hafeez AO, Hycinth MN. Gossypiboma in the scrotum with unusual cutaneous manifestations. *Arch Int Surg* 2012;2:33-6.
- [2] Herman LK. Removal of a gauze sponge from the scrotum, two and a half years after an operation for double inguinal hernia. *Ann Surg* 1909;49:814-9.
- [3] Doui DA, Ngboko MPA, Dibertbekoy NE et al, les corps étrangers après chirurgie abdominale, à propos de 5 cas diagnostiqués au chu de l'amitié sino-centrafricaine de bangui. *La Revue Haitienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie* 2022; 7(40): 12-15.
- [4] Froidevaux A, Vukanovic S, Huber H. Les corps étrangers textiles intra abdominaux à propos de six cas, expressions cliniques et radiologiques, revue de la littérature. *Med Chir Dig* 1980; 9 : 471-7.
- [5] Erguibi D, Farah RH, Ajbal M, Kadiri B. Textilome abdominal, à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:244.
- [6] Chaouch MA, Chaouch A, Nacef K et al. About an unusual mesenteric cyst. *Junior Medical Research*. 2019;2(1):10-13.
- [7] Lebeau R, Diane B, Koffi E, Amani A, Kouassi JC. Les corps étrangers après chirurgie abdominale a propos de 12 observations. *Mali Médical* 2004 T XIX N° 3 et 4.
- [8] Hounsou NR, Attolou SGR, Natta n'tcha H, Siri KD, Seto D M, Paluku K J et al. Ré interventions en chirurgie abdominale : indications, modalités thérapeutiques et évolution. A propos de 39 cas.

Rev Afr Chir Spec. 2020 ; 14 : 2-6.

- [9] Sánchez AW, Alvarez PW. Laparoscopic resolution of textilomes (gossypibomas). *MOJ Surg*. 2020;8(5):102–104.
- [10] Doh K, Thiam I, Takin RCA, Bissirou I, Gaye GW. Un cas de textilome renal simulant une tumeur de découverte anatomopathologique. *African Journal of Urology* (2017) 23, 364–367.
- [11] Nouira K, Raissi C, Belhiba H, Baccar S, Ben Messaoud M, Turki I et al. DIV13 Apport de l'imagerie dans le diagnostic positif des textilomes. A propos de 9 cas. *Journal de Radiologie* 2006 ; 87(10) : 1477.
- [12] Kaplan M, Ibrahim H. A new complication of retained surgical gauze: development of malignant brous histiocytoma. Report of a case with a literature review. *W J Surg Oncol*. 2012; 10:139.
- [13] Camara S, Niane AOR, Tenfa YD, Tshibwid AZF, Ndour O, Ngom G. Textilome Abdominal Chez L'enfant: Les Trois Premières Observations au Sénégal. *European Scientific Journal*, October 2021; 17(37) : 225 – 232.
- [14] Ahsaini M, Sow A, El Ammari J, Tazi MF, El Fassi MJ, Farih MH. Un textilome intra-vésicale mimant une tumeur vésicale (pseudotumeur vésical): à propos d'un cas exceptionnel. *PAMJ - Clinical Medicine*. 2019 ; Volume 1 :49. | 10.11604/pamj-cm.2019.1.49.21013 .

Pour citer cet article :

AM Gaye, A Sarr, DK Ndiaye, O Sow, A Ndiath, B Sine et al. Un cas de textilome scrotal de découverte anatomopathologique. *Jaccr Africa* 2024; 8(1): 141-145