Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Textilome intraluminal grélique et colique : à propos d'un cas

Grelic and colon intraluminal textiloma: about a case

A Diouf*[1], B Diop[2], PA Ba[3], D Yonga[3], SC Kouka[1], AK Diop[1], C Sylla[4]

Résumé

Le textilome est un corps étranger textilé oublié par mégarde lors d'une intervention chirurgicale. Il s'agit d'une complication dont l'incidence est sous-évaluée. La localisation intraluminale est plus rare que les autres localisations. La présentation clinique est variable, allant des troubles du transit à l'occlusion intestinale. La tomodensitométrie abdominale peut aider à porter le diagnostic dans ces cas. Nous rapportons le cas d'un textilome à localisation grélique et colique et discutons les aspects cliniques et sa prise en charge.

Mots-clés : texlilome, intraluminal corps étranger, complication post opératoire,

Ville : Mbour, Sénégal.

Abstract

The textilome is a textile foreign body inadvertently left behind during surgery. This is a complication whose incidence is underestimated. The intraluminal localization is rarer than the other localizations. The clinical presentation is variable, ranging from transit disorders to intestinal obstruction. Abdominal computed tomography can help to make the diagnosis in these cases. We report the case of a textiloma with grelic and colonic location and discuss the clinical aspects and its management.

Keywords: texliloma, intraluminal, foreign body, post operative complication,

City : Mbour, Sénégal.

Introduction

Le textilome encore appelé « gossypiboma » est une complication post-opératoire rare [2]. C'est un corps étranger textilé oublié sur un site opératoire. Son incidence est fortement diminué avec les mesures de sécurité du bloc opératoire et les implications médicolégales qui en résultent, mais c'est une entité bien connue des chirurgiens [4,9]. La localisation intraluminale dans le tube digestif demeure rare par rapport aux localisations intra-péritonéales et nécessite une longue période d'évolution [15]. La présence du corps étranger déclenche classiquement une réaction inflammatoire avec encapsulation et formation de granulome, ce dernier peut s'abcéder, se fistuliser ou migrer à travers un organe creux [11]. Le mode de présentation clinique est variable pouvant aller des troubles du transit intestinal à l'occlusion [3]. Un examen d'imagerie doit être effectué dès la moindre

suspicion diagnostique. Ces complications iatrogènes sont souvent sources de conflit entre l'équipe chirurgicale et la famille du patient, et la diplomatie doit concourir à désamorcer les revendications en découlant. Nous rapportons le cas d'un textilome intra-grêlique et colique non occlusive et discutons les aspects diagnostique et thérapeutique.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 28 ans, drépanocytaire AS suivie, primigeste, primipare aux antécédents de césarienne basse transverse il y'a un an et trois mois, reçue pour douleur abdominale chronique évoluant par intermittence et trouble du transit à type de constipation ayant nécessité un traitement à base d'antalgique et de laxatif sans succès. À l'admission, l'état général du patient était conservé. On notait au niveau abdominal une cicatrice de Pfannenstiel et une masse sous-ombilicale d'environ 5 cm de grand axe sensible et mobile par rapport aux deux plans. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Un scanner abdominal demandé a conclu à un matériel intra-abdominal en inter anse spontanément hyperdense et hétérogène rehaussé après injection de produit de contraste iodé. Elle mesurait 92,5 × 44,8 mm de topographie para-ombilicale gauche et partiellement invaginé dans une anse grêle. Ceci était compatible avec un textilome sans signe de complication. La décision d'une exploration chirurgicale a été posée. Une laparotomie sous-ombilicale élargie en sus-ombilicale a été réalisée. Ce qui a montré un magma inflammatoire contenant 20 cm d'anse grêle (à 3m70 de l'angle de Treitz et 90 cm de l'angle iléocæcale) et 15 cm de côlon sigmoïde contenant du textile à l'intérieur. Ainsi, nous avons procédé à une dissection de la masse et à une ouverture du magma au niveau de la jonction grêle et sigmoïde faisant découvrir une compresse abdominale intra-grêlique et sigmoïdienne. Une extraction du textile a été effectuée, associée à une résection anastomose grêlique et une suture de la brèche sigmoïdienne par des points séparés et un drainage. Les suites opératoires étaient simples et la sortie a été faite à j5 postopératoire.

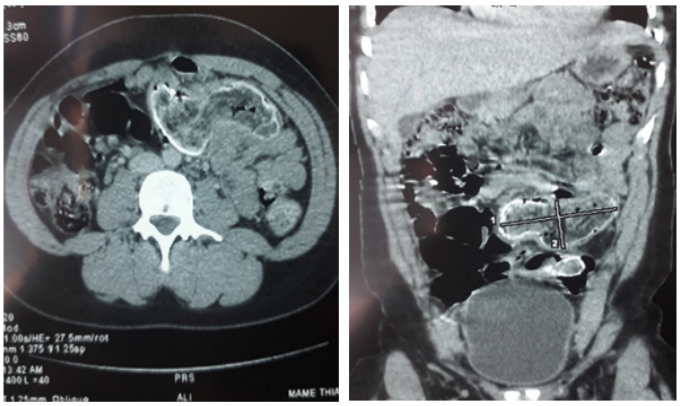

Figure 1 : Coupe axiale et coronale d'un scanner abdominal montrant le textilome calcifié.

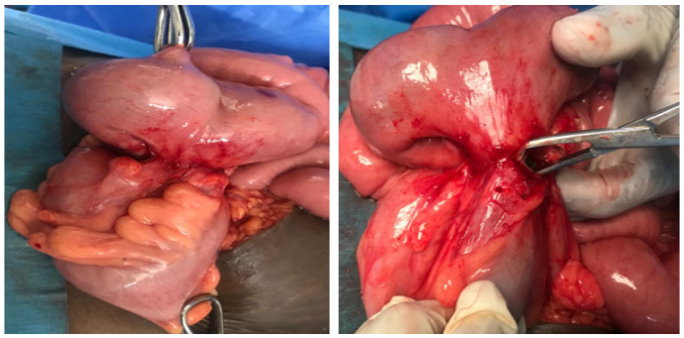

Figure 2 : Anse abritant le textilome : sigmoïde et grêle, le textilome étant à cheval entre les deux.

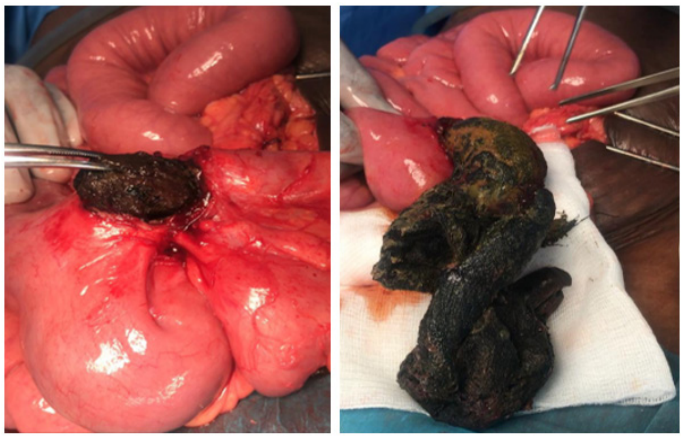

Figure 3 : Extraction du textilome du sigmoïde puis du grêle

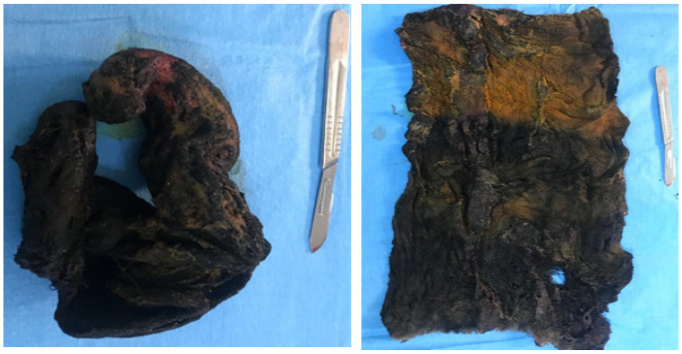

Figure 4 : Textilome extrait : il s'agit d'une compresse abdominale.

Discussion

Le textilome est une véritable complication post-opératoire. Il résulte de l'oublie d'une compresse ou d'un autre tissu textilé à l'occasion d'une chirurgie abdominale. Les chirurgies d'urgences sont les plus couramment incriminées à la tête desquelles on retrouve les interventions gynécologiques comme ce fut le cas chez notre patient [1]. Ce textile oublié va subir des modifications : il s'agit d'une réaction exsudative créant un granulome inflammatoire. Ce granulome peut s'abcéder et se fistuliser ou migrer dans un organe creux [12]. En effet le textile va éroder la paroi de l'organe concerné et s'invaginer progressivement dans la lumière de celle-ci [15]. Dans le cas de la localisation grêlique, la gaze peut migrer et se bloquer au niveau de la valvule de Bauhin [5]. De rares cas d'expulsion au niveau anal ont été décrits en cas de localisation colique [6,13,14]. Dans notre cas, la compresse fut localisée dans l'intestin à cheval entre le grêle et le côlon sigmoïde. La rareté de cette localisation fait toute l'originalité de cette observation. Dans ce cas, le diagnostic peut ne pas être évident pouvant donc mimer une tumeur du grêle [8,12]. Mais dans notre cas, le diagnostic a été évoqué au scanner qui montrait un matériel intra-abdominal calcifié et partiellement invaginé dans le grêle. Cependant, le diagnostic sera confirmé par la laparotomie ou la cœlioscopie, car le traitement est chirurgical et permet d'extraire le tissu dans la majorité des cas. Une résection d'anse abritant le textile peut être nécessaire quelquefois [8]. Toutefois, le traitement de cette pathologie reste préventif et doit passer par un décompte minutieux des compresses avant la fermeture de toute laparotomie. L'oublie de compresse reste la hantise du chirurgien, après toute intervention, dont la vigilance peut être perturbée par plusieurs facteurs. Le comptage des compresses et champs par le chirurgien en début et fin d'intervention reste un moyen de prévention efficace mais insuffisant [7]. Aux États-Unis, l'utilisation de compresses marquées radio-opaques dès 1940, selon les recommandations de Cr Ossen, a contribué de façon significative à limiter ce type d'incident [9]. Selon la jurisprudence la présence de textilome est reconnue comme une faute entraînant la responsabilité du chirurgien et donne lieu à réparation en cas de plainte [7,10]. Des discussions doivent donc être menées pour amener le patient à plus de tolérance vis-à-vis du soignant comme ce fut le cas chez notre patient.

Conclusion

L'oubli de compresse abdominale demeure une complication préoccupante. Elle altère la qualité de vie des patients qui en souffrent. Il s'agit d'une faute qui engage la responsabilité du chirurgien reconnue par le droit médical et la jurisprudence. La hantise doit être le décompte des compresses avant toute fermeture abdominale pour diminuer au maximum cette complication.

***Correspondance**

Ahmed Diouf

dioufahmed1@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Mai 2022

1 : Service d'urologie du Centre Hospitalier Thierno Mouhamadoul Mansour Barro de Mbour, Thiès, Sénégal

2 : Service de chirurgie de l'hôpital Militaire de Ouakam, Dakar, Sénégal
3 : Service de chirurgie de l'hôpital régional de Thiès, Sénégal
4 : Service d'Urologie de l'hôpital de Tivaoune, Thiès Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Azaiz O, Rebeh A, Dhouib A, et al. AGF-WS-17 Imagerie des complications post-opératoires en gynéco-obstétrique : que doit-on chercher ? J Radiol 2008;89:1534.

[2] Bouardi NEL, Janati K, Alami B, et al. Le textilome : une cause inhabituelle d'obstruction urinaire s. d.

[3] Boubbou M, Houssaini NS, Idrissi M, et al. Syndrome occlusif. Feuill Radiol 2009;49:153–155.

[4] Diop B, Niang MM, Ba PA, et al. Textilome abdominal sous deux aspects anatomocliniques distincts. J Afr Hépato-Gastroentérologie 2017;11:19–23.

[5] Gencosmanoglu R, Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: Gossypiboma–case report. BMC Surg 2003;3:6.

[6] 6. Godara R, Marwah S, Karwasra RK, et al. Spontaneous Transmural Migration of Surgical Sponges. Asian J Surg 2006;29:44–45.

[7] Hadrami J, Rojas M, de Fenoyl O, et al. Textilome pulmonaire révélé par une hémoptysie 12 ans après thoracotomie. Rev Méd Interne 1998;19:826–829.

[8] Lebeau R, Diane B, Koffi E, et al. Les corps étrangers après chirurgie abdominale à propos de 12 observations. Mali Méd 2004;19:N3–4.

[9] Mahmoudi A, Noomen F. Un textilome simulant une tumeur abdominale. Pan Afr Med J 2015;20.

[10] Mosrati MA, Toumi O, Jabra S, et al. Le textilome : aspects épidémiologiques, difficultés diagnostiques et implications médico-légales à propos de 5 cas. Rev Afr Chir Spéc 2014;8:11–16.

[11] Mouafo FT, Andze G. Le textilome intra-abdominal chez la femme : à propos de deux observations cliniques en milieu Africain. Clin Mother Child Health 2006;3:497–500.

[12] Silva CS, Caetano MR, Silva EAW, et al. Complete migration of retained surgical sponge into ileum without sign of open intestinal wall. Arch Gynecol Obstet 2001;265:103–104.

[13] Singh R, Mathur RK, Patidar S, et al. Gossypiboma: its laparoscopic diagnosis and removal. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2004;14:304–305.

[14] Yazough I, Ovungu JM, Ossibi PE, et al. Textiloma: a case report of rectal expulsion. Surg Sci 2017;8:82–85.

[15] Zantvoord Y, van der Weiden RMF, van Hooff MHA. Transmural migration of retained surgical sponges: a systematic review. Obstet Gynecol Surv 2008;63:465–471.

Pour citer cet article :

A Diouf, B Diop, PA Ba, D Yonga, SC Kouka, AK Diop et al. Textilome intraluminal grélique et colique : à propos d'un cas. Jaccr Africa 2022; 6(2): 357-360