



Cas Clinique

Persistance d'un Textilome Abdominal Pendant 20 Ans : à Propos d'un Cas et Revue de la Littérature

Twenty-year abdominal textiloma after appendicectomy: a case report with literature review

Idriss Djoko^a, LW Tchuengkam^a, Pierre Mvondo^b, Hugues Ndzie^a, Ruth Boumal^a, GR Bwelle^{b,c},

Affiliations

^a Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

^b Département de chirurgie, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

^c Département de chirurgie et sous spécialités, Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

* **Correspondance:** Dr Djoko Joseph
Faculté de médecine et des sciences biomédicales,
Université de Yaoundé I
Email: josephdjoko@gmail.com

Mots clés : textilome, occlusion intestinale, Cameroun

Keywords: textiloma, intestinal obstruction, Cameroon

RÉSUMÉ

Le textilome se définit comme la rétention involontaire d'une compresse ou d'un champ dans le foyer opératoire. Malgré sa faible fréquence, les difficultés diagnostiques et l'impact économique font du textilome une pathologie dont les formes cliniques et les options thérapeutiques devraient être connues et les stratégies de prévention revisitées. Nous présentons le cas d'une femme de 40 ans, opérée 20 ans auparavant pour appendicite aiguë abcédée qui a été reçue par occlusion intestinale et masse abdominale. La laparotomie a trouvé une grande compresse encapsulée dans une enveloppe épaisse et fibreuse. L'extraction s'est compliquée d'une perforation d'anse pour laquelle une résection / anastomose intestinale a été effectuée. Les suites opératoires ont été simples.

Abstract

Textiloma refers to the involuntary retention of a gauze or drape in the surgical site. Although infrequent, the diagnostic challenge and the economic and psychologic impact of textiloma make it a disease whose clinical forms and therapeutic options should be known of every surgeon and the prevention strategies revisited. We report the case of a 40-year-old woman, operated 20 years before for acute appendicitis who was admitted for bowel occlusion and abdominal mass. Laparotomy found a large compress encapsulated in a thick, fibrous envelope. The extraction was complicated by a loop perforation for which a resection and anastomosis was performed. The postoperative course was uneventful.

INTRODUCTION

Un textilome se définit comme la rétention involontaire d'une compresse ou d'un champ dans le foyer opératoire [1]. Il est également appelé «Gossypiboma» qui est un terme dérivé de gossypium signifiant coton en latin et borna signifiant lieu de cachette en swahili [2]. La compresse reste de loin le matériel le plus oublié dans le foyer opératoire lors d'une chirurgie mais sa fréquence est relativement faible [3]. Selon les données de la littérature, en 1990, son incidence variait entre 1/1000 et 1/5000 cas[4]. Une revue systématique aux états unis d'Amérique en 2007 retrouve un cas pour 700 opérations chirurgicales [5]. L'incidence la plus forte est retrouvée après une chirurgie de l'abdomen, suivi du pelvis et enfin le thorax. Les pourcentages sont évalués respectivement à 56%, 18% et 11%[6]. Au Cameroun, quelques cas ont été décrits sans véritable étude sur l'incidence de cette pathologie. Des auteurs évoquent la répercussion juridique comme limite principale à la conduite d'une étude épidémiologique sur cette pathologie [2]. Les

facteurs de risque à la survenue d'un textilome sont de différents ordre: on distingue des facteurs de risques liés aux patients (l'obésité), ceux liés à la chirurgie (les interventions chirurgicales d'urgence, les laparotomies écourtées, une modification du protocole opératoire initial, les opérations chirurgicales nécessitant plus d'une équipe chirurgicale, l'utilisation d'un nombre élevé d'instruments) [1].

C'est une pathologie aux manifestations cliniques variables dépendant de l'association à un processus infectieux ou non ; deux cas de figures sont ainsi décrits. Le champ ou la compresse est un corps étranger ; lorsqu'il est souillé par des agents infectieux d'origine externe ou interne et se retrouve dans une cavité stérile, il s'en suit un processus immunologique immédiat dont le but est le rejet de ce corps étranger. Les symptômes retrouvés sont dans les suites opératoires précoces. Il s'agit des infections du site opératoire ou des suppurations intra-abdominales ; Cependant la compresse stérile qui se retrouve dans une cavité stérile subit un processus inflammatoire lent et chronique. Il s'en suit une encapsulation et exclusion du

corps étranger qui reste quiescent pendant plusieurs années. Les symptômes en regard sont dans les suites opératoires tardives constitués des douleurs chroniques, une sensation de pesanteur dû à une masse, une occlusion intestinale [4].

Le textilome peut se confondre sur le plan clinique et paraclinique à une tumeur des tissus mous notamment un sarcome [1]. Ceci impose ainsi un défi diagnostique et même thérapeutique.

Il s'agit d'une pathologie qui a des répercussions grave en terme de coût de la prise en charge. Une étude américaine réalisée en 1996, estime le coût de la prise en charge d'un textilome à environ trente-deux mille dollars et le coût du dédommagement à plus de deux millions de dollars[7]. L'équipe chirurgicale est très souvent tenu pour responsable de cet évènement et est ainsi chargé d'une partie du dédommagement [8].

Le but de ce travail est de susciter l'application scrupuleuse des stratégies préventives de cette pathologie qui a un impact clinique, financier et juridique non négligeable. Pour y arriver, un rappel minutieux des aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du textilome est nécessaire. Le cas clinique suivant présente un type de description pouvant être retrouvé dans la pratique quotidienne.

PRÉSENTATION DE CAS

Il s'agit d'une femme de 40 ans, mère de 4 enfants. Elle a subi il y'a 20 ans une appendicectomie par voie médiane sous ombilicale indiquée pour appendicite aiguë abcédée. Les suites opératoires étaient simples. Elle est admise aux urgences de l'hôpital central de Yaoundé pour prise en charge d'une douleur abdominale. Le début des symptômes remontait à 4 ans auparavant marqué par des douleurs abdominales chroniques, intermittentes diffuse avec une prédominance épigastrique. Ces douleurs évoluaient par crise avec des périodes d'accalmie. Une association à un syndrome sub-occlusif récent constitué de vomissement post prandiaux, douleur et distension abdominale motive une consultation et son admission.

L'examen clinique à l'entrée, retrouvait une patiente dont l'état général est altéré, une température normale, des paramètres vitaux normaux ; il y'avait la présence des signes de déshydratation légère. L'abdomen est peu distendu ; on palpe une masse abdominale épigastrique indolore, molle, bien délimitée et mobile par rapport aux deux plans, sans adénopathies périphériques palpables. L'auscultation et la percussion objectivait respectivement une rareté des bruit hydro-aérique et un tympanisme. Le toucher rectal est normal. Le reste de l'examen est sans particularité. Cet ensemble anamnestique et clinique a permis de suspecter un syndrome occlusif sur brides versus un processus tumoral. Ce diagnostic a été étayé sur le plan morphologique par une tomodensitométrie. Ce dernier met en évidence une masse épigastrique hypo dense ovale hétérogène contenant des bulles en son sein évocatrice d'un textilome. Devant ce tableau clinique, l'indication d'une laparotomie est posée. Un consentement éclairé a été obtenue. Un Bilan pré opératoire a été réalisé et celui-ci est normal.

Le traitement a consisté à une réanimation pré opératoire initiale. Elle est faite d'un remplissage avec des

cristalloïdes, l'administration d'antalgique et d'une antibioprophyllaxie à large spectre. Une laparotomie est réalisée sous anesthésie générale avec un abord médian sus ombilical. Les trouvailles étaient une masse ovale bien délimitée dans une coque fibreuse formant de multiples adhérences entre elle et le jéjunum. Il n'y avait pas d'exsudat plasmatique. Les gestes ont consistés à une libération des adhérences et une extériorisation de la masse en un bloc. (Figure1). Cette libération d'adhérence s'est compliquée de quatre perforations jéjunales. Une résection jéjunale segmentaire avec anastomose jéuno-jéjunale a été faite. L'examen macroscopique de la masse montre une grande compresse abdominale dans une capsule fibreuse lors de son ouverture (figure2). Les soins post-opératoires étaient constitués d'antalgiques adaptés et une antibiothérapie prophylactique à large spectre la prévention de la maladie thrombo-embolique. Les suites opératoires étaient simples et la sortie de la malade au 5^e jour post opératoire.



Figure 1 : Masse abdominale extériorisée en mono bloc

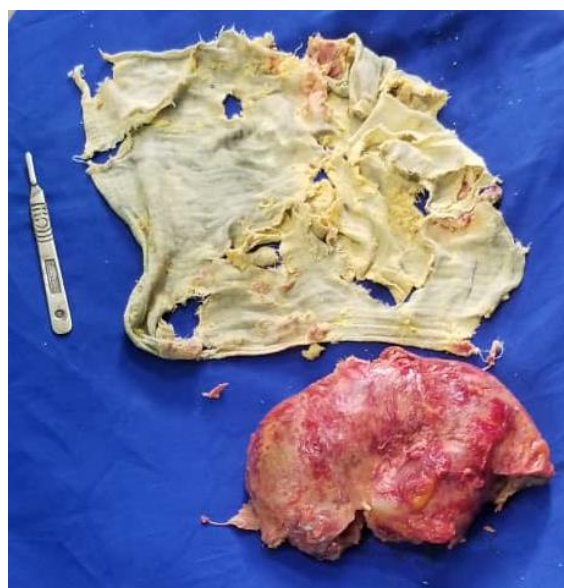


Figure 2 : Ouverture de la capsule ; découverte d'une grande compresse remaniée

DISCUSSION

Localisation, physiopathologie, et manifestations cliniques.

Le Textilome est une rétention involontaire d'une compresse chirurgicale dans un foyer opératoire. Le terme synonyme Gossybipoma traduit une réaction inflammatoire induite par le textile aboutissant à la constitution d'un granulome inflammatoire, encapsulation et exclusion de celui-ci [9].

La localisation dépend du type de chirurgie réalisée ; les textilomes intrapéritonéaux comme celle de notre observation sont les plus fréquents (56%). Néanmoins d'autres localisations sont aussi retrouvées tel que la localisation pelvienne 18%, thoracique 11%, [2,10]. La découverte est généralement tardive. L'anamnèse correcte reste essentielle à l'argumentation diagnostique.[11] La physiopathologie est bien connue. On distingue deux phases histologiques : la phase exsudative et fibrineuse.

La phase exsudative est celle pendant laquelle le textilome souillé par des agents infectieux, subit un processus immunologique immédiat dont le but est le rejet de ce corps étranger. Lors de la phase fibrineuse, le textilome stérile subit un processus inflammatoire lent et chronique. Il en résulte un granulome inflammatoire, une encapsulation de celui-ci pouvant rester inerte pendant de longues années. La symptomatologie du textilome est donc non spécifique et dépend de la phase histologique. Elle varie entre l'absence des symptômes (découverte par inadvertance lors d'une imagerie) et des manifestations cliniques franches [12–15].

La phase exsudative se manifeste par des signes immédiats en post opératoire tel qu'une infection du site opératoire, des abcès, des fistules [16]. Cependant la phase fibrineuse souvent asymptomatique peut se manifester comme une pseudotumeur dans 27% des cas [6,15]. Tel est le cas dans notre observation où nous avons objectivé des douleurs abdominales chroniques ainsi qu'un syndrome occlusif dû à une pseudotumeur marquant une complication majeure des textilomes. Des nausées, dyspepsie constipation sont des symptômes pouvant aussi être retrouvés [13].

Diagnostic, traitement, prévention.

Le diagnostic des textilomes repose sur des arguments anamnestiques et peut être conforté par des examens complémentaires. La tomodensitométrie est le standard dans l'évaluation morphologique du textilome [13]. Dans notre observation, un scanner abdominal sans injection de produit de contraste a été demandé et le résultat correspondait à la description imagérique retrouvée dans la littérature. Notamment une masse hypo dense hétérogène d'aspect spongiforme contenant des bulles de gaz en son sein. Elle peut aussi montrer des images calcifiées si le textilome est très ancien. D'autres bilans tels que la radiographie, une échographie ou une imagerie par résonance magnétique peuvent permettre de confirmer directement ou non le diagnostic.[13]

Le traitement du textilome reste et demeure son extraction s'il est symptomatique [17,18]. Un délai de rétention élevé expose à des complications lors du retrait chirurgical dont la mortalité varie entre 11 et 35 % [19]. Les voies d'abord d'extraction décrites sont la laparoscopie et la laparotomie

avec une nette prédominance pour cette dernière. Aucune différence significativement positive n'est notée entre l'utilisation des deux techniques. La laparoscopie est préférée par certains auteurs pour ces différents avantages connus. Elle est réalisée si le matériel oublié est de petite taille et est découverte précocement. Les limites à cette technique sont les adhérences, les grosses masses, les objets solides [20,21]. La laparotomie permet une meilleure gestion des complications opératoires telles que des saignements, les perforations d'anses. Les limites de la laparoscopie sont une indication d'une laparotomie [20]. Chez le patient non symptomatique, une surveillance peut être proposée. Il dépend de l'intervalle de temps entre la rétention et le diagnostic qui doit être long. Il dépend aussi du risque élevé lors d'un retrait plutôt qu'une abstention [22,23].

Le moyen de prévention efficace mais parfois insuffisant reste le décompte des compresses ou tout autre matériel chirurgical au début de l'intervention ainsi que lors de la fermeture du foyer opératoire. Une stratégie de décompte de matériel au bloc opératoire a été élaborée en Amérique en 2008. Cette stratégie est le gold standard et elle porte sur plusieurs points : décompte avant le début de la procédure opératoire, lorsqu'un nouveau matériel est ajouté sur le champ opératoire, avant la fermeture d'une cavité, lorsque la fermeture d'une plaie commence, à la fin de la procédure. Le pourcentage d'erreur dans le décompte des compresses est évalué entre 0,7 et 12% [24,25].

D'autres éléments ont été mis sur pied pour palier à ces erreurs : l'exploration des cavités avant toute fermeture, la radiographie per opératoire, système de détection de matériaux par étiquette de radiofréquence; l'utilisation des compresses radio-opaques sont aussi décrites comme méthode de prévention [1].

CONCLUSION

Le textilome est une pathologie peu fréquente dont les facteurs de risques sont connus. Elle a un impact économique non négligeable dont le dédommagement est majoritairement attribué à l'équipe chirurgicale. Ces manifestations cliniques variables et souvent tardives rendent parfois difficile le diagnostic. La tomodensitométrie est l'examen de choix pour l'exploration et le traitement est essentiellement chirurgical. La prévention de cette pathologie repose sur une stratégie bien élaborée de décompte du matériel chirurgical lors de la chirurgie et une imagerie intra opératoire.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

FINANCEMENT

Il n'y a actuellement aucune source de financement pour cette recherche.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Tout matériel d'identification a été supprimé, y compris le nom du patient, la date d'entrée, le visage ou tout autre trait distinctif sur les photos prises.

L'institution de l'auteur et son comité éthique ont approuvé l'exécution de l'étude .

Un consentement éclairé écrit a été obtenu du patient pour la publication de ce rapport de cas et de toutes les images qui l'accompagnent. Une copie du consentement écrit est disponible sur demande pour examen par le rédacteur en chef de ce journal.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

- GR Bwelle, Idriss Djoko, LW Tchuenkam, ont contribué à la thérapie chirurgicale de ce patient, à la conception de l'étude et à la rédaction du manuscrit ;
- Pierre Mvondo^b, Hugues Ndzie^a, Ruth Boumal^a ont contribué à la lecture critique;
- LW Tchuenkam a recueilli les photos, et obtenu le consentement du patient;
- Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tous les cliniciens et le personnel de l'hôpital central de Yaoundé pour la prise en charge du patient.

RÉFÉRENCES

1. Copeland AW. Retained surgical sponge (gossypiboma) and other retained surgical items: Prevention and management. :30.
2. Fouelifack FY, Fouogue JT, Fouedjio JH, Sando Z. A case of abdominal textiloma following gynecologic surgery at the Yaounde Central Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J* . 20 déc 2013;16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031094/>
3. Lincourt AE, Harrell A, Cristiano J, Sechrist C, Kercher K, Heniford BT. Retained Foreign Bodies After Surgery. *J Surg Res* [Internet]. avr 2007;138(2):170-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022480406004239>
4. Rappaport W. The Retained Surgical Sponge Following Intra-abdominal Surgery: A Continuing Problem. *Arch Surg* [Internet]. 1 mars 1990;125(3):405. Disponible sur: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archsurg.1990.01410150127025>
5. Teixeira PGR, Inaba K, Salim A, Brown C, Rhee P, Browder T, et al. Retained foreign bodies after emergent trauma surgery: incidence after 2526 cavitory explorations. *Am Surg*. oct 2007;73(10):1031-4.
6. 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* [Internet]. avr 2009 ;22(2):207-14.
7. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. *Ann Surg*. juill 1996;224(1):79-84.
8. Aggarwal KK. Retained Sponge does not Always Mean a Bad Apple (Mistake of an Incompetent Doctor). :5.
9. Chambi I, Tasker RR, Gentili F, Loughheed WM, Smyth HS, Marshall J, et al. Gauze-induced granuloma ("gauzoma"): an uncommon complication of gauze reinforcement of berry aneurysms. *J Neurosurg* [Internet]. 1 févr 1990;72(2):163-70.

10. 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*. avr 2009;22(2):207-14.
11. 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*. avr 2009;22(2):207-14.
12. Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N, et al. Retained surgical sponge (gossypiboma) after intraabdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. *Langenbecks Arch Surg* [Internet]. août 2006 ;391(4):390-54
13. Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, Farias F, Kaercher J. Imaging of Gossypibomas: *Pictorial Review*. *Am J Roentgenol* [Internet]. déc 2009 ;193(6_supplement):S94-101.
14. Vallerie AM, Herzog TJ, Wright JD. Small Incision, Big Complication. 2008;112(2):5.
15. Vento JA, Karak PK, Henken EM. Gossypiboma as an Incidentaloma: *Clin Nucl Med* . mars 2006 [cité 11 déc 2019];31(3):176-7.
16. Deger RB, LiVolsi VA, Noumoff JS. Foreign Body Reaction (Gossypiboma) Masking as Recurrent Ovarian Cancer. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1 janv 1995;56(1):94-6.
17. Gawande AA, Orav EJ, Zinner MJ. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *N Engl J Med*. 2003;7.
18. Shyung L-R, Chang W-H, Lin S-C, Shih S-C, Kao C-R, Chou S-Y. Report of gossypiboma from the standpoint in medicine and law. *World J Gastroenterol*. 28 févr 2005;11(8):1248-9.
19. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal Gossypibomas: The Need to Count Sponges. *World J Surg* mai 2000;24(5):521-7.
20. Singh R, Mathur RK, Patidar S, Tapkire R. Gossypiboma: Its Laparoscopic Diagnosis and Removal: *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. oct 2004
21. Gibbs VC. Retained Surgical Items and Minimally Invasive Surgery. *World J Surg*. juill 2011;35(7):1532-9.
22. Serghini I, El AF, Salim JL, Zoubir M, Boui M, Boughanem M. [Abdominal textiloma: report of a case]. *Pan Afr Med J*. 2011 [cité 1 déc 2019];9:10-10.
23. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and Characteristics of Potential and Actual Retained Foreign Object Events in Surgical Patients. *J Am Coll Surg*. juill 2008;207(1):80-7.
24. Egorova NN, Moskowitz A, Gelijns A, Weinberg A, Curty J, Rabin-Fastman B, et al. Managing the Prevention of Retained Surgical Instruments: What Is the Value of Counting? *Ann Surg*. janv 2008;247(1):13-8.
25. Greenberg CC, Regenbogen SE, Lipsitz SR, Diaz-Flores R, Gawande AA. The Frequency and Significance of Discrepancies in the Surgical Count: *Ann Surg*. août 2008;248(2):337-41.

Noms complets et adresses des auteurs

1) Landry Tchuenkam	landrytchuenkus@gmail.com
2) Idriss Joseph Djoko	josephdjoko@gmail.com
3) Georges Bwelle	bwelleg@gmail.com
4) Hugues Ndzie	gabrielndziekoah@gmail.com
5) Mvondo Pierre	pierromvondo84@gmail.com
6) Boumal Ruth	boumal.lafortune@gmail.com