

CAS CLINIQUE

**TEXTILOME ENDOLUMINALE : UNE CAUSE RARE
D'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË****INTRALUMINAL SURGICAL SPONGE: AN UNUSUAL CAUSE
OF BOWEL OBSTRUCTION**

**THIAM O, GUEYE ML, TOURE AO, SEYE Y, SARR ISS, CISSE M, KA O, DIENG M, DIA A,
TOURE CT.**

Auteur correspondant : Dr Ousmane THIAM,

Ancien Interne des Hôpitaux de DAKAR, Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier et Universitaire Aristide

Le Dantec de Dakar, Senegal. E-mail: o_thiam@hotmail.fr.

Tel: 00221 779281751 / 00221 775707823

RESUME

L'occlusion intestinale aiguë par migration intraluminaire d'une compresse à travers la paroi intestinale est rare. Le diagnostic est difficile. Elle donne le plus souvent le tableau d'un syndrome occlusif ou d'une fistule digestive. Nous rapportons un cas d'occlusion intestinale aiguë du grêle par migration intraluminaire d'une compresse abdominale consécutive à une césarienne. Il s'agissait d'une patiente de 26 ans IIGIIP, aux antécédents de 2 césariennes. Elle a été reçue à 03 mois de sa dernière césarienne pour un syndrome occlusif. A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 20000/mm³. L'exploration chirurgicale par une laparotomie avait permis de retrouver une occlusion intestinale par un textilome endoluminaire au niveau de l'iléon. Une résection anastomose termino-terminale avait été réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

SUMMARY

Acute bowel obstruction by transmural migration of retained surgical sponge is rare. Diagnosis is difficult. It most often gives a presentation of bowel obstruction or intestinal fistula. We report a case of acute bowel obstruction by transmural migration of retained surgical sponge consecutive to caesarean section. It was a 26 years old-women, IIGIIP, with a history of two caesarean sections. It was received 3 months after cesarean for bowel obstruction. In biology, there was leukocytosis 20,000/mm³. Surgical exploration by laparotomy showed intestinal obstruction by endoluminal glossipoboma at the ileum. Bowel esection and end-to-end anastomosis was performed. The postoperative course was uneventful.

INTRODUCTION

Le textilome est défini par la rétention de matériel chirurgical le plus souvent textile dans l'organisme. Il s'agit le plus souvent d'une compresse [1]. Son incidence n'est pas connue mais elle est rapportée entre 1/100 et 1/3000 interventions chirurgicales et entre 1/1000 et 1/1500 chirurgies abdominales [2]. La migration intraluminaire d'une compresse à travers la paroi intestinale est rare. Leur siège est variable [3]. Elle est due à un processus inflammatoire responsable d'une nécrose et une pénétration progressive de la compresse à travers la paroi intestinale [1]. Le diagnostic est difficile [2, 4]. Elle donne le plus souvent le tableau d'un syndrome occlusif ou d'une fistule digestive [1, 2, 4]. La TDM abdomino-pelvienne est d'un grand apport dans le diagnostic [1]. Nous rapportons un cas d'occlusion intestinale aiguë du grêle par migration intraluminaire d'une compresse abdominale consécutive à une césarienne.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 26 ans IIGIIP, aux antécédents de 2 césariennes dont la première remonterait à 5 ans et la dernière à 03 mois avant l'hospitalisation. Elle a été reçue pour des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis 3 jours secondairement diffuses à tout l'abdomen associées à des vomissements et un arrêt du transit intestinal. A l'examen, les muqueuses étaient colorées anictériques et les constantes étaient normales. L'abdomen était légèrement distendu et siège d'ondulations péristaltiques. On notait aussi une sensibilité et une défense abdominale diffuse. Les touchers pelviens étaient normaux. A la biologie, le taux de globules blancs était à $20000/\text{mm}^3$, le taux d'hémoglobine à $9,9\text{g/dl}$, le taux de plaquette à $554000/\text{mm}^3$. La fonction rénale, l'ionogramme sanguin et le bilan de la coagulation étaient normaux. La radiographie de l'abdomen sans préparation mettait en évidence des niveaux hydro-aériques de type grélique. Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë sur bride avec des signes de complication a été retenu. L'exploration chirurgicale par une laparotomie médiane sous-ombilicale élargie en sus-ombilicale avait permis de retrouver un corps étranger faisant évoquer un paquet d'ascaris obstruant la lumière du grêle à 100 cm de l'angle iléo-caecal avec une nécrose et des zones préperforatives intestinales en regard de la masse endoluminaire (Figure 1). Par ailleurs on notait des adhérences grélo-gréliques, grélo-pariétales et grélo-ovariennes. Il a été réalisé une résection du grêle emportant la masse intestinale (Figure 2). L'entérotomie de la pièce opératoire avait permis de découvrir une compresse abdominale impactée dans la paroi intestinale (Figure 3). Une

anastomose termino-terminale par deux surjets au vicryl 3/0 avait été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. Elle était alimentée au deuxième jour post-opératoire et le transit intestinal a été repris au troisième jour post-opératoire. Elle a été mise en exeat au 7^{ème} jour post-opératoire.

DISCUSSION

Le textilome représente un véritable problème médico-légal. L'incidence des Textilomes n'est pas bien connue. Cependant, elle est rapportée dans la littérature entre 1/100 et 1/3000 interventions chirurgicales et entre 1/1000 et 1/1500 chirurgies abdominales [1, 2]. Le tableau clinique des textilomes du tube digestif est variable allant des formes asymptomatiques à la fistule intestinale et l'occlusion intestinale [1, 2, 4, 5]. L'occlusion intestinale aiguë par migration endoluminaire d'un textilome est rare. Son diagnostic est difficile car la symptomatologie n'est pas spécifique [2, 4]. Chez notre patiente, le diagnostic a été posé 3 mois après la chirurgie responsable du textilome. Dans la littérature, la durée entre l'intervention chirurgicale responsable du textilome et la découverte du textilome varie entre 11 jours et 20 ans [1]. Le diagnostic de textilome peut être fait à la radiographie de l'abdomen sans préparation par la mise en évidence d'une structure opaque intrabdominale qui est plus facilement reconnaissable quand la compresse est marquée. Ceci rend compte de l'intérêt de l'utilisation des compresses marquées [4]. Elle peut aussi mettre en évidence des signes indirects d'occlusion intestinale [2]. L'échographie abdominale et la tomodensitométrie (TDM) abdominale peuvent poser le diagnostic avec une certaine difficulté. Les gaz du tube digestif dans les occlusions intestinales peuvent gêner l'examen échographique et le textilome peut être confondu avec une lésion tissulaire à contenu liquide avec des calcifications périphériques à la TDM [1, 6]. Le siège des textilomes du tube digestif est variable [3]. Ils sont dus à un processus inflammatoire responsable d'une nécrose et une pénétration progressive de la compresse à travers la paroi intestinale [1]. La progression de la compresse vers l'iléon terminal est favorisée par le péristaltisme intestinal [5]. Dans nos pratiques, le textilome est essentiellement dû au non respect des mesures de sécurité comme la décompte des compresses dans les différentes chirurgies, l'indisponibilité des compresses marquées radio-opaques et la précipitation dans les hémorragies massives peropératoires. L'obésité, la chirurgie gynécologique, l'utilisation de petites compresses et les chirurgies de longue durée sont aussi décrites comme des facteurs de risque [6]. Chez notre patiente, on a pas retrouvé un facteur de risque car nous n'avions pas le compte

rendu de la césarienne. La prévention passe par le décompte systématique des compresses et l'utilisation de compresses marquées [5]. Le traitement chez notre patiente avait consisté en une résection intestinale indiquée devant les lésions préperforatives. Le rétablissement de la continuité digestive était décidé après l'entérotomie sur la pièce opératoire car on discutait une iléostomie devant la suspicion d'une occlusion sur paquet d'ascaris. La certitude du diagnostic de textilome endoluminale est plus souvent posé après résection intestinale et ouverture de la pièce opératoire comme dans notre cas [1, 7]. Le traitement de référence dans les occlusions sur textilome est l'entérotomie et l'extraction du textilome [5].

L'évolution était favorable chez notre patiente. Cependant, la mortalité dans les textilomes est élevée pouvant atteindre 11-35% [6].

CONCLUSION

L'occlusion intestinale aigue par textilome endoluminale est rare. Sont diagnostic est difficile car la symptomatologie n'est pas spécifique. L'échographie abdominale et la TDM abdominopelvienne peuvent aider le diagnostic. Le traitement consiste en une entérotomie et une extraction du textilome.

REFERENCES

1. **Yeung KW, Chang MS and Huang JF.** Imaging of transmural migration of retained surgical sponge: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2004;20:567-571.
2. **Sarda AK, Pandey D, Neogi S and Dhir U.** Postoperative complications due to a retained surgical sponge. *Singapore Med J* 2007;48(6):160-164.
3. **Marc Williams.** Transduodenal migration of a retained surgical swab causing small bowel obstruction - imaging findings in the acute setting and prior to onset of symptoms. *Radiology Case* 2015;9(1):43-48.
4. **Bani-Hani KE, Gharaibeh KA and Yaghan RJ.** Retained Surgical Sponges (Gossypiboma). *Asian Journal of Surgery* 2005;28(2):109-115.
5. **Patil KK, Patil SK, Gorad KP, Panchal AH, Arora SS, Gautam RP.** Intraluminal Migration of Surgical Sponge: Gossypiboma. *The Saudi Journal of Gastroenterology* 2010;16(3):221-222.
6. **Sharma G and Bigelow JC.** Retained Foreign Bodies: A Serious Threat in the Indian Opera on Room. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 2014;4(1):30-37.
7. **Sharma D, Pratap A, Tandon A, Shukla RC, Shukla VK.** Unconsidered cause of bowel obstruction-gossypiboma. *J can chir* 2008;51(2):34-35.



Figure 1: Vue peropératoire de la masse endoluminale avec des anses dilatées en amont et plates en aval

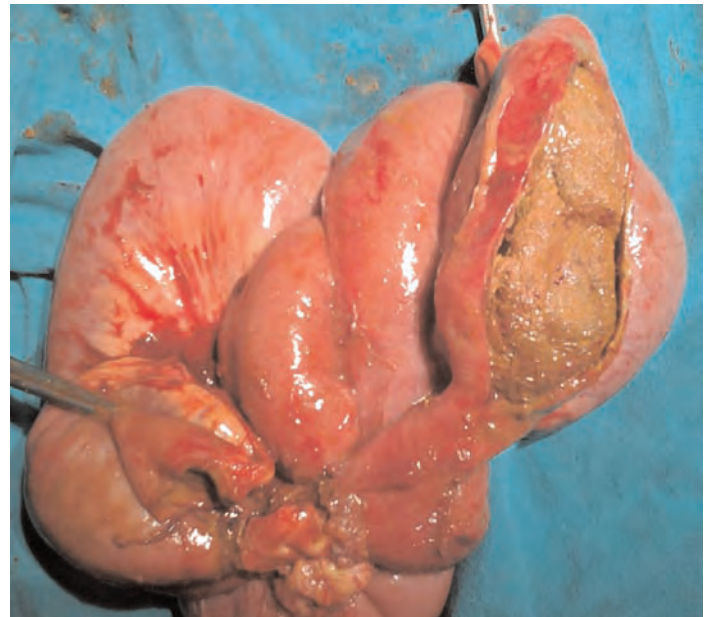


Figure 2 : Pièce opératoire avec mise en évidence du textilome après entérotomie



Figure 3: Extraction du textilome endoluminale