

TEXTILOME PRE PERITONEAL: A PROPOS D'UN CAS OBSERVE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DE CONAKRY

PRE-PERITONEAL TEXTILOMA: A CASE REPORT FROM THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF IGNACE DEEN NATIONAL HOSPITAL AT CONAKRY

FOFANA N, SOUMAORO LT, SANGARE MP, TOURE A, DIALLO AT.

**Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry
Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.**

**Auteur Correspondant : Dr Labilé Togba SOUMAORO
Service de Chirurgie Générale
E-mail : soumaoro66@gmail.com**

RESUME

Introduction: Le textilome, lésion secondaire à l'omission d'un corps étranger de nature textile lors d'une intervention chirurgicale est une complication post opératoire rare. Les mesures de sécurité dans les blocs opératoires et les implications médico-légales ont contribué à la réduction de son incidence. Il est fréquemment observé suite à une chirurgie abdominale, mais peut compliquer tous les types d'intervention. Observation : Nous rapportons un cas de textilome chez une patiente de 50 ans opérée pour une plaie pénétrante de l'abdomen suite à une agression par arme blanche. Au 5^e jour post opératoire nous avons noté un écoulement purulent au niveau de la plaie opératoire. Cliniquement, l'abdomen était souple, indolore, il n'y avait pas de masse palpable. Les clichés de radiographie de l'abdomen sans préparation et du thorax étaient normaux. Sur le plan biologique, le taux d'hémoglobine était à 9g/dl, les globules blancs étaient à 11giga/l. Une ré-laparotomie a été décidée et a permis de

mettre en évidence deux (2) compresses mesurant chacune 40x40cm logée dans l'espace pré-péritonéal que nous avons retirés. Conclusion : L'instauration du comptage obligatoire des compresses avant et après l'intervention chirurgicale et la vigilance des équipes opératoires devraient permettre de limiter ces complications.

Mots clés: Textilome, pré péritonéal, chirurgie, corps étranger.

SUMMARY

Introduction: Lesions secondary to the omission of a foreign body of a textile nature during surgery, the textiloma a rare postoperative complication. Safety measures in operating theatres and forensic implications have contributed to reducing its incidence. It is frequently observed following abdominal surgery, but can complicate any type of procedure. Case: We report a case of textiloma in a 50-year-old patient operated on for a penetrating abdominal wound following a stabbing. On

the 5th postoperative day we noted a purulent flow in the surgical wound. Clinically, the abdomen was flexible, painless, there was no palpable mass. X-rays of the unprepared abdomen and chest were normal. Biologically, the hemoglobin level was 9g/dl, the white blood cells were 11giga/l. A re-laparotomy was decided and revealed two (2) compresses each measuring

40x40cm in the pre-peritoneal space that we removed. Conclusion: The introduction of mandatory compress counting before and after surgery and the vigilance of the operating teams should help to limit these complications.

Keywords: *Textiloma, pre-peritoneal, surgery, foreign body.*

INTRODUCTION

Le Textilome est une lésion secondaire à l'omission d'un corps étranger de nature textile lors d'une intervention chirurgicale. C'est une complication post opératoire rare. [1]. Son incidence s'est fortement réduite avec les mesures de sécurité dans les blocs opératoires et les implications médico-légales qui en résultent [2].

Le Textilome est plus fréquemment observé suite à une chirurgie abdominale mais peut compliquer tous les types d'interventions. Le diagnostic est souvent difficile et tardif à cause d'une symptomatologie variée et non spécifique [3]. Nous rapportons ici un cas de textilome chez une patiente présentant un tableau d'infection du site opératoire.

OBSERVATION

Patiente de 50 ans, opérée dans un hôpital régional pour une plaie pénétrante de l'abdomen suite à une agression par arme blanche (couteau). La laparotomie médiane sus et sous ombilicale réalisée a révélé une plaie hépatique et un saignement de l'épiploon. Une suture hépatique et une suture hémostatique de l'épiploon furent pratiquées. Au 5^e jour post opératoire, la patiente a présenté une fièvre et un écoulement purulent au niveau de la plaie opératoire. La persistance de cette infection du site opératoire malgré l'antibiothérapie et les soins locaux a motivé le transfert de la patiente dans notre service.

A l'admission, nous avons noté une altération de l'état général avec une fièvre à 39,8°C, un amaigrissement de 7 kg, une asthénie physique, des signes de déshydratation et une pâleur cutanéomuqueuse. L'abdomen était souple, sans masse palpable. On notait un écoulement purulent à travers deux orifices situés sur la cicatrice opératoire (figure1).

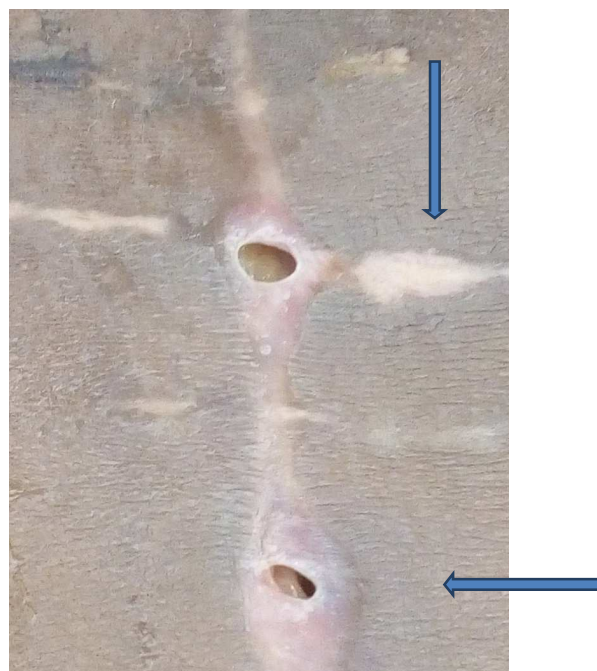


Figure 1 : Deux orifices sur la cicatrice opératoire qui laissent couler du pus.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation et du thorax étaient normales. Sur le plan biologique, le taux d'hémoglobine était à 9g/dl, les globules blancs étaient à 11Giga/l et les autres bilans biologiques pré-thérapeutiques étaient dans les limites de la normale. Une ré-laparotomie exploratrice a été décidée et a permis de mettre en évidence deux compresses mesurant chacune 40x40cm logées dans l'espace pré-péritonéal (figure2) et du pus. Nous avons procédé à l'ablation des compresses, effectué un prélèvement de pus pour une étude bactériologique puis la toilette de la cavité résiduelle et fermeture de la paroi. L'évolution a été favorable, la patiente est sortie de l'hôpital au 10^e jour post opératoire.

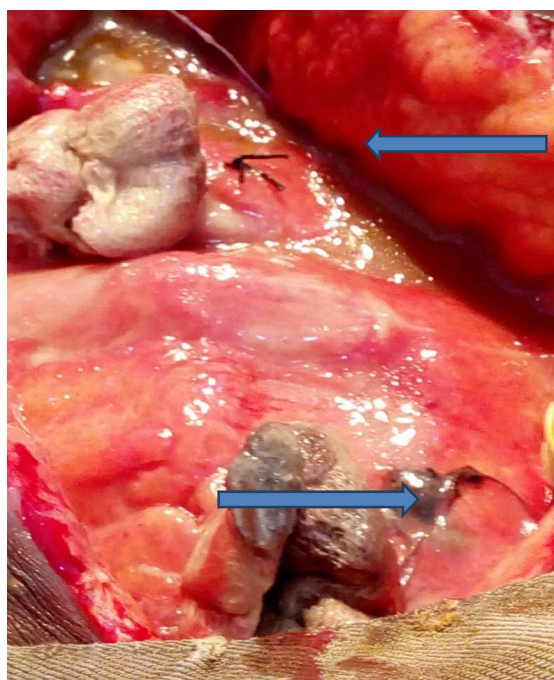


Figure 2 : Deux compresses dans l'espace pré péritonéal

COMMENTAIRES

Le terme textilome signifie la présence d'une réaction inflammatoire induite par un corps textile au contact des tissus. C'est une complication post opératoire rare et ubiquitaire dans l'organisme [4].

Ce tableau peut concerner également des agrafes, des aiguilles, des tuyaux plastiques, des électrodes ou de manière plus anecdotique des pinces, des clamps, des écarteurs chirurgicaux [5,6]. Cependant, les textilomes demeurent les corps étrangers les plus couramment rapportés dans la littérature.

La prévalence des oublis de corps étrangers après chirurgie abdominale est difficile à établir car toutes les observations ne sont pas rapportées [7]. Les implications médico-légales et les risques d'entacher la réputation de l'opérateur peuvent favoriser la rétention d'informations par les équipes chirurgicales. Aussi le caractère asymptomatique de certaines formes pourrait favoriser une sous-évaluation de l'incidence des textilomes. Elle est globalement estimée entre 1/100 et 1/3 000 interventions chirurgicales et 1/1 000 à 1/1 500 laparotomies [5,8,9]. Cima et coll. [10] ont entrepris une revue sur quatre ans dans un centre de soins tertiaires et ont fait état d'une incidence d'environ 1 pour 5 500 interventions. Après avoir analysé les réclamations et les rapports d'incidents liés à l'oubli d'objets chez 54 patients de chirurgie dans quatre hôpitaux, Gawande et coll. [5] ont pour leur part signalé une incidence variant de 1 pour 18 760 à 1 pour 8 800 interventions chez les patients hospitalisés.

Le textilome peut compliquer les suites pour tous les types de chirurgie : abdominale (52%), gynécologique (22%), urologique et cardio-vasculaire (10%), orthopédique (6%) [11].

L'oubli de matériel reste la hantise du chirurgien lors de toute intervention et l'évolution pour le patient peut être dramatique. En effet, dans la revue de littérature de Le Neel et coll. [12], l'exérèse du textilome a abouti certes à la guérison sans complication chez 70 malades (59,8%), mais des complications ont aggravé l'évolution de 25 malades (21,3%), et 22 sont décédés (18,9%).

Sur le plan anatomopathologique, les fibres de textile omises peuvent provoquer deux types de réactions : soit une réaction de type corps étranger dès le 8ème jour avec organisation de la fibrose à partir du 13ème jour donnant la forme enkystée. Soit une prédominance de la réaction exsudative donnant l'abcès qui peut se fistuliser à la peau. La première forme est souvent asymptomatique et de découverte fortuite plusieurs années après l'acte opératoire. Pour la deuxième forme, la symptomatologie est toujours bruyante dès les premiers jours postopératoires [11]. Notre cas a été découvert précocement dès le cinquième jour post opératoire avec une symptomatologie à type d'infection du site opératoire.

Les facteurs favorisant une perte de vigilance de l'équipe chirurgicale sont de plusieurs ordres. Il s'agit de l'urgence, de la durée de l'intervention, de la complexité de l'acte opératoire, de la profondeur du site opératoire, de l'hémorragie massive en per-opératoire, de l'instabilité hémodynamique du patient avec fermeture accélérée de la paroi, du changement de procédure, du changement d'équipe de bloc, de l'obésité du patient. L'intervention en urgence et le changement inattendu de procédure semblent être les facteurs les plus fréquents [5]. Les difficultés opératoires qui en allongeant la durée et en modifiant la tactique de l'opération émoussent la vigilance du chirurgien ; le manque d'expérience et de discipline des opérateurs. [13]

Notre malade a été reçue en urgence dans un tableau d'hémorragie massive, sur un terrain d'obésité, dans un bloc opératoire où le comptage des compresses n'est pas encore appliqué.

Sur le plan clinique, les manifestations symptomatiques sont souvent pauvres à type de douleurs chroniques, de constipation et d'amaigrissement inexpliqué dans les suites opératoires. Elles peuvent être aiguës et

précoces avec syndrome infectieux, un empattement localisé et une défense traduisant une abcédation ou une péritonite localisée. Une fistulisation à la peau est fréquemment décrite. Les autres complications sont à type de perforation, de péritonite, d'occlusion intestinale, de péritonite granulomateuse, de tumeur histiofibromateuse [14]. Dans notre cas, la symptomatologie clinique était dominée par des douleurs abdominales, syndrome infectieux, avec persistance d'un écoulement purulent.

La réaction peut être fibreuse aseptique avec encapsulation du corps étranger et formation d'un granulome. L'enkystement qui en résulte réalise une masse abdominale isolée pouvant rester asymptomatique pendant une longue période. Posant un réel problème de diagnostic différentiel avec les kystes ovariens, les tumeurs mésentériques, les tumeurs stromales ou la récurrence tumorale [2]. Rajput et coll. [15], et Cattaneo et coll. [16]; ont rapportés un textilome diagnostiqué respectivement 30 ans et 37 ans après l'intervention.

Dans ces cas, l'échographie peut orienter le diagnostic en mettant en évidence une masse hétérogène d'allure kystique, bien encapsulée avec un cône d'ombre postérieur, avec présence de multiples bulles d'air extra-digestives ou intra-lésionnelles. Les mailles du matériel textile sont rarement observées [17]. Le scanner peut contribuer au diagnostic en objectivant une masse hétérogène bien limitée, à paroi dense avec un aspect interne ondulé caractéristique [18]. Le scanner permet en outre une étude exhaustive de la cavité abdominale à la recherche de complications. L'IRM pourrait être plus spécifique vue sa performance dans l'étude des masses inflammatoires [14]. Dans notre cas, la ré-laparotomie a été indiquée devant la suspicion d'un abcès profond intra péritonéal. L'extraction du corps étranger associée à une antibiothérapie conduit souvent à des suites favorables [19].

CONCLUSION

Le textilome est une complication rare de la chirurgie abdominale. L'instauration du comptage obligatoire du matériel opératoire dans les blocs opératoires avant et après

l'intervention; l'utilisation de compresse radio opaque ou traçable et la vigilance des équipes opératoires devraient permettre de limiter ces complications dans notre contexte.

RÉFÉRENCES

1. J Turgut M, Akhaddar A, Turgut AT. Retention of Nonabsorbable Hemostatic Materials (Retained Surgical Sponge, Gossypiboma, Textiloma, Gauzoma, Muslinoma) After Spinal Surgery: A Systematic Review of Cases Reported During the Last Half-Century. *World Neurosurg* 2018; **116**: 255-67.
2. Diop B, Niang MM, Ba PA, Sy A, Wane Y, Wilson E, Sarré SM. Textilome abdominal sous deux aspects anatomocliniques distincts. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol* 2017; **11**: 19-23.
3. Chaouch M A, Chaouch A, Nacef K, Ghannouchi M, Ben K M, Boudokhane M. A propos d'un kyste mésentérique inhabituel. *Junior Medical Research* 2019; **2**(1): 10-13.
4. Akhaddar A, Baallal H, Elktaibi A. Abscess due to textiloma (gossypiboma: Retained surgical cottonoid). *Surgical neurology international* 2018; **9**: 70.
5. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, et coll. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003; **348**: 229–35.
6. Tacyildiz I, Aldemir M. The mistakes of surgeons: “gossypi-boma”. *Acta Chir Belg* 2004; **104**: 71–5.
7. Hajji A, Abbar M, Bouchamar R, Moulay A. Les textilomes intrapéritonéaux. *J Chir* 1988; **125**: 353-7.
8. Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, et coll. Imaging of gossypibomas: pictorial review. *AJR Am J Roentgenol* 2009; **193**: 94–101.
9. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg* 2000; **24**: 521–7.
10. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, et coll. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg* 2008; **207**: 80-7.
11. Erguibi D, Hassan R, Ajbali M, Kadiri B. Abdominal textiloma, about a case. *The Pan African medical journal* 2015; **21**: 244.
12. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M, Armstrong O. Textiloma: à propos of 25 cases and review of the literature. *Chirurgie*. 1994-1995; **120**(5): 272-6.
13. Lebeau R, Diane B, Koffi E, Amani A, Kouassi J.C. Les corps étrangers après chirurgie abdominale. A propos de 12 observations.

Mali Médical 2004; **19**(3,4): 8-12.

14.Kaplan M, Iyiköşker HI.

A new complication of retained surgical gauze: development of malignant fibrous histiocytoma — report of a case with a literature review.

World J Surg Oncol 2012; **10**: 139.

15.Rajput A, Loud PA, Gibbs JF, Kraybill WG.

Diagnostic challenges in patients with tumors: case 1. Gossypiboma (foreign body) manifesting 30 years after laparotomy.

J Clin Oncol 2003; **21**: 3700–1.

16.Cattaneo F, Graffeo M, Brunetti E.

Extrahepatic textiloma long misdiagnosed as calcified echinococcal cyst.

Case Rep Gastrointest Med 2013; **2013**: 261685.

17.Rehman A, Ul-Ain Baloch N, Awais M.

Gossypiboma (Retained Surgical Sponge): An Evidence-Based Review.

Open J Surg 2017; **1**: 8-14.

18.O'Connor AR, Coakley FV, Meng MV, Eberhardt S.

Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis.

American journal of roentgenology 2003; **180**(2): 481-89.

19.Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G, Saad H, Husseini H, Abou SC, Haddad M.

Aspect radiologique des textilomes.

JRadiol2001; **82**: 913-6.