

CASE REPORT/CAS CLINIQUE

UNE CAUSE RARE DE RECIDIVE DE LOMBOSCIATALGIE

A RARE CAUSE OF RECURRENT SCIATICA

BOULAHROUD Omar ¹GAZZAZ Miloudi ¹NAAMA Okacha ¹AKHADDAR Ali ¹EL MOSTARCHID Brahim ¹BOUCETTA Mohammed ¹

1. Services de Neurochirurgie, hôpital militaire Mohammed V, CHU Rabat, Maroc

Key words: *lumbar disc; herniation; textiloma***Mots clés :** *Disque lombaire ; hernie ; textilomes*

SUMMARY

A surgical sponge or cotton swab that is inadvertently left behind in a surgical wound eventually becomes a "textiloma" (also called "gossypiboma"). The complications caused by these foreign bodies are well-known, but cases are rarely published because of medico-legal implications. Here, we describe a case in which cotton, foreign body, was left behind during an operation for lumbar disc herniation. The patient presented 2 years later with sciatica, and imaging indicated a possible textiloma in the epidural space.

RESUME

Le terme de textile est un terme non médical qui désigne un objet synthétique oublié dans le foyer opératoire ainsi que la réaction inflammatoire qui l'entoure. Cette complication bien qu'elle soit connue est rarement publiée à cause implications médico-légale. Les manifestations cliniques peuvent être frustes et l'imagerie permet parfois d'avoir un diagnostic de certitude.

Dans ce travail, nous présentons le cas d'un textilome retrouvé au niveau de l'espace épidural après cure d'une hernie discale réalisée deux ans auparavant et qui s'est révélé par des lombosciatalgies, ainsi que les facteurs humains et techniques impliqués dans cet événement indésirable.

INTRODUCTION

Le terme de textilome (gossypoma) désigne un objet synthétique oublié dans le foyer opératoire ainsi que la réaction inflammatoire qui l'entoure [1.2.3.6.7]. Des cas de corps étrangers laissés dans le foyer opératoire au cours d'une intervention chirurgicale ont été rapportés depuis la moitié du 19^{ème} siècle, le premier date de 1859 [4]. La plupart des études publiées à propos de ce sujet concernent la chirurgie de l'abdomen et du thorax. Rares sont celles qui concernent la chirurgie du rachis. L'incidence est estimée à 0,7\10 000 patients [8], mais ces chiffres sont probablement au dessous de la réalité. Les manifestations cliniques peuvent être frustes et l'imagerie permet parfois d'avoir un diagnostic de certitude.

Nous rapportons dans ce travail le cas d'un textile épidural après cure chirurgicale d'une hernie discale réalisée deux ans auparavant et révélé par des lombosciatalgies.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une femme de 34 ans qui avait bénéficié d'une cure chirurgicale d'hernie discale en L4 - L5 il y a deux ans. Elle a présenté quatre mois après la chirurgie des lombosciatalgies gauches de type L5 rebelles au traitement médical. L'examen clinique trouvait une patiente en bon état général. L'inspection de la cicatrice lombaire ne montrait pas d'érythème ni de fistule. Le Lasègue était de 45 degrés à gauche. Il n'y avait pas de modification des réflexes ni de déficit moteur ou sensitif. Le bilan biologique, notamment la vitesse de sédimentation et le dosage de la « C réactif protéine » étaient normaux. Une IRM du rachis lombaire a objectivé un processus épidual gauche au niveau de l'espace intervertébral L4-L5 hypointense en séquence pondérée T1 et hyperintense en séquence pondérée T2 entouré d'un liseré hypointense (figure 1), rehaussé en périphérie après l'injection du produit de contraste réalisant un aspect en couronne (figure 2).

Une reprise chirurgicale a été décidée. Après complément de laminectomie de L5, on découvre un processus épidual blanchâtre, dur et adhérent à la racine L5 gauche. La lésion a été disséquée soigneusement et enlevée en monobloc sans léser la racine. L'examen de la lésion montre qu'il s'agit d'une capsule fibreuse entourant un peloton de filament cotonnoïde. L'étude anatomo-pathologique a montré que la capsule était riche en cellules épithélioïdes et histiocytaires avec la présence de cellules géantes en regard du corps étranger. L'examen bactériologique n'a pas objectivé d'agent pathogène. L'évolution clinique était très favorable et la patiente a repris rapidement son activité normale.

DISCUSSION

Le coton est souvent utilisé en chirurgie du rachis. Il permet essentiellement de protéger le tissu nerveux (de comprimer un vaisseau lorsque le saignement est important ou diffus). Malgré toutes les précautions entreprises au bloc opératoire, il se peut que ce coton soit oublié involontairement au niveau du foyer opératoire réalisant ce qui est communément appelé « textilome ». L'oubli de ce corps étranger peut être responsable de manifestations cliniques et radiologiques variables [3.5.7.8.9]. En post-opératoire immédiat, ce corps étranger peut être responsable d'infection ou de formation d'abcès. Cependant, dans certains cas, il peut rester asymptomatique pendant plusieurs années [7.9]. La présence de ce corps étranger induit une réaction inflammatoire responsable de la formation d'une capsule fibreuse riche en cellules neutrophiles, plasmocytaires, lymphocytaires et cellules géantes [8].

Olnick et al [10] ont décrit deux formes de cette réaction immunitaire : la forme aiguë nécrotique et la forme chronique. La forme aiguë nécrotique est caractérisée par la prédominance des réactions exsudatives responsables de manifestations cliniques et biologiques. Dans la forme chronique une capsule fibreuse aseptique se constitue autour du corps étranger limitant ainsi la réaction inflammatoire, dans ce cas les manifestations cliniques et biologiques sont frustes et le « textilome » agit comme un processus tumoral à évolution lente [10].

Le signe le plus caractéristique à la TDM est la formation de bulles de gaz autour du corps étranger. Cependant, cet aspect n'est pas souvent observé à cause de l'absorption des bulles avec le temps. Le deuxième aspect TDM est celui d'une masse hypodense entourée d'un liseré hyperdense qui se rehausse après injection du produit de contraste [8]. Nous croyons que dans les espaces très étroits, tel que l'espace épidual adjacent au disque, cet aspect peut passer inaperçu.

À l'IRM, ces lésions semblent avoir un signal variable en intensité dépendant de sa concentration en eau et en protéine. L'IRM montre la capsule en hyposignal T1 et T2 avec un rehaussement après injection du produit de contraste. Le centre de la lésion est généralement hypointense en T1 et hyperintense en T2. KUWASHIMA et al [11] affirment que l'intensité du signal au niveau du centre de la lésion varie en T1 et T2, selon les auteurs, lorsque le centre de la lésion est riche en liquide et en protéine, il apparaît en hypersignal T1 et T2, et lorsqu'il est pauvre en eau il apparaît en hyposignal T1 et T2. Le coton étant une substance fortement hydrophile, son aspect serait en iso/hyper T1 et T2.

Gwand et al en 2003 [10] ont identifié huit facteurs de risques des textilomes ; contexte d'intervention en urgence, le changement imprévu du protocole opératoire, la participation de plus d'une équipe chirurgicale à l'acte opératoire, l'indexe de masse corporelle du patient, le volume du saignement, le changement de l'équipe paramédicale « instrumentistes, aides. », le sexe féminin et l'erreur de comptage des cotons. Dans notre cas nous retenons au moins deux facteurs de risques lesquels. Nous supposons également que le temps opératoire prolongé serait un facteur de risque à cet incident (dans notre cas la première intervention avait duré 90 minutes).

Des procédures pour éviter ce genre d'évènement ont été mise en place dans différents institutions médicales à travers le monde, tel que le comptage soigneux des cotons utilisé lors de l'intervention, l'utilisation de coton marqué par du fil ou par un tissu radio opaque avec réalisation parfois de radiographie per-opératoire avant la fermeture. L'utilisation de coton marqué par un code barre qui peut être détecté par une sonde spéciale est une perspective d'avenir [4].

CONCLUSION

L'incident d'un corps étranger oublié dans le foyer opératoire est sujet de plus en plus de poursuite judiciaire à l'encontre des chirurgiens ce qui incite a plus de vigilance de la part de l'équipe chirurgicale. L'imagerie, notamment l'IRM joue un rôle important dans l'approche diagnostique des textilomes.

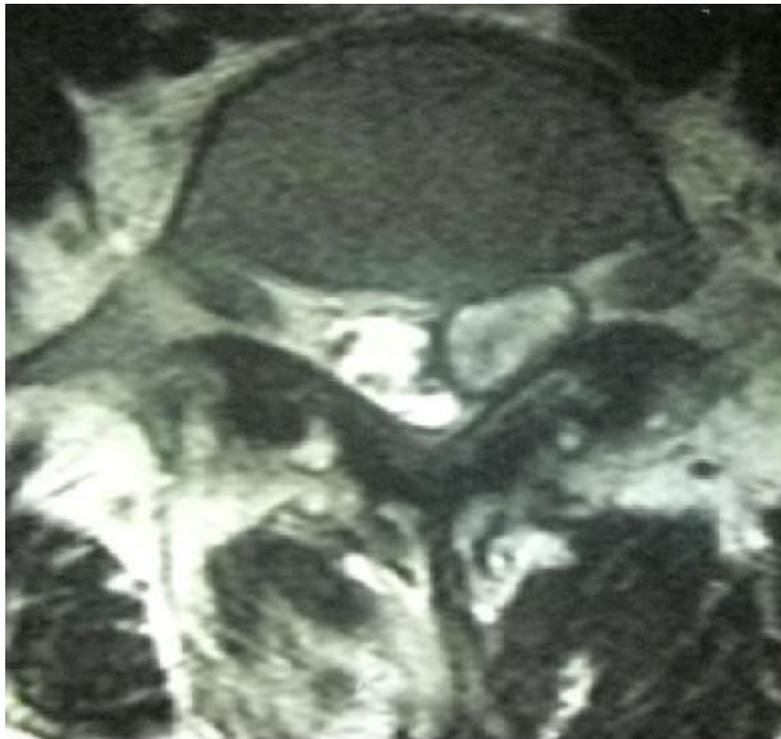


Figure 1

IRM du rachis lombaire en coupe axiale séquence pondérée T2 montre un processus épidural gauche en hypersignal entouré d'un liseré d'hypersignal.



Figure 2

IRM du rachis lombaire en coupe sagittale séquence pondéré T1 avec injection du produit de contraste montre une prise de contraste en périphérie du processus.

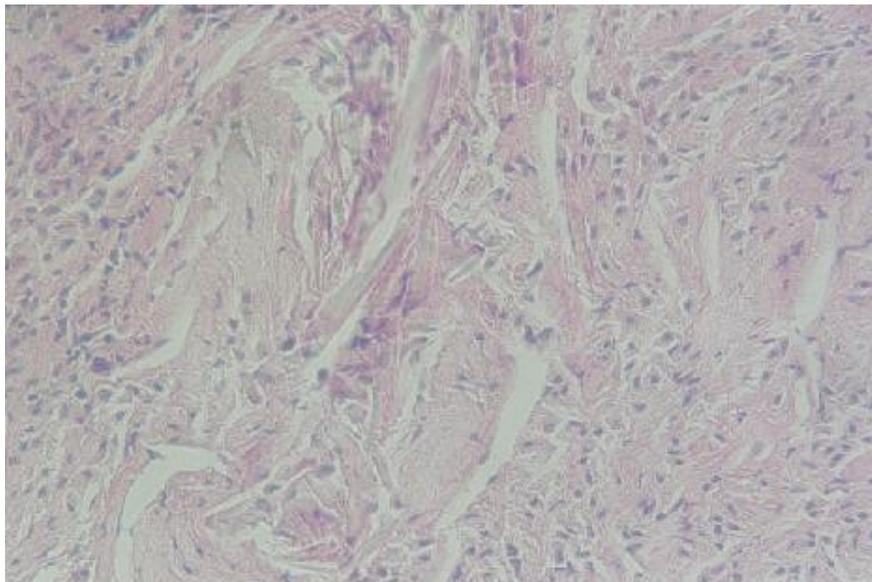


Figure 3

Aspect histologique. Cellules épithéloïdes et histiocytaires avec présence de cellules géantes en regard du corps étranger (filament cotonnoïde « flèche noir »)

REFERENCES

1. MARQUARDT G, RETTIG J, LANG J, SEIFERT V. Retained surgical sponges, a denied neurosurgical reality? Cautionary note. *Neurosurg* 2001;24:41-43.
2. TOPAL U, SAHIN N, GOKALP G, GEBITEKIN C. Intrathoracic textilomas: radiologic findings .case report. *Tani Girisim Radyol* 2004;10:280-83.
3. IHSAN O, MEHMET A, YURDAL G. Textiloma: a case of foreign body mimicking a spinal mass *Ali Eur Spine J* 2006;15:626-29
4. VERNA CG, FERGUS DC, DAVID R. Preventable Errors in the Operating Room: Retained Foreign Bodies after Surgery. *2007;44:281-337*
5. FABIAN CE. Electronic tagging of surgical sponges to prevent their accidental retention, *Surgery* 2005;137: 298-301
6. WILLIAMS RG, BRAGG DG, NELSON JA, Gossypiboma. The problem of the retained surgical sponge. *Radiology* 1978;129:323-6.
7. APTER S, HERTZ M, RUBINSTEIN ZJ, ZISSIN R. Gossypiboma in the early post-operative period: a diagnostic problem. *Clin Radiol* 1990; 42: 128-9.
8. NAAMA, O. QUAMOUS, C.A. ELASRI , O. BOULAHROUD, H. BELFKIH, A. AKHADDAR, B. ELMOSTARCHID, A. ELBOUZIDI, M. BOUCETTA. Textiloma: An uncommon complication of posterior lumbar surgery. *J Neuroradiol* 2010;37:131-4.
9. AYDOGAN M, MIRZANLI C, GANIYUSUFOGLU K, TEZER K, OZTURK I : 13-year-old textiloma (gossypiboma) after discectomy for lumbar disc herniation: a case report and review of the literature. *The Spine J* 2007;7:618-621
10. OLNICK HM, WEENS SH, ROGERS JR JV. Radiologic diagnosis of retained surgical sponges. *JAMA* 1995;159:1525-7.
11. O'CONNOR AR, COAKLEY FV, MENG MV, EBERHARDT SC. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *AJR* 2003; 180:481-489
12. CHAN K, BYUNG K, HONGIL H: Gossypiboma in Abdomen and Pelvis: MRI Findings in Four Patients *AJR* 2007;189:814-7.
13. GAWANDE AA, STUDDERT DM, ORAV EJ, BRENNAN TA, ZINNER MJ : Risk factors for retained instruments and sponges after surgery, *N Engl J Med* 2003;348:229-35
14. KUWASHIMA S, YAMATO M, FUJIOKA M, et al. MR findings of surgically retained sponges and towels: report of two cases. *Radiat Med* 1993;11:98-101