

LE TEXTILOME INTRA-ABDOMINAL CHEZ LA FEMME : A propos de deux observations cliniques en milieu africain.

MOUAFO TAMBO F.F.¹; ANDZE G.¹

(Manuscript N° A23. Received 19 January 2006. Accepted in revised form 17 February 2006) Clin Mother Child Health 2006; Vol 3, N° 1 : 497-500

RESUME:

L'oubli d'instruments chirurgicaux ou de compresses dans la cavité péritonéale fait partie des fautes médicales les plus médiatisées et les plus graves. Les auteurs rapportent deux cas de textilome intra abdominal chez la femme en milieu africain, colligés dans le service de chirurgie de l'Hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Cette étude rend compte de l'existence de cette complication dans notre pratique. Elle souligne les difficultés diagnostiques et le rôle primordial de la prévention pour y remédier. La littérature médicale est révisée et les moyens de prévention sont proposés.

MOTS CLES: Textilome intra abdominal - Femme - Milieu africain.

INTRA-ABDOMINAL GOSSYPIDOMAS IN THE FEMALE PATIENT: Two case reports in the African context.

SUMMARY:

Forgetting surgical instruments or gauze in the peritoneal cavity is a serious and one of the most mediatised errors in medical practice. The authors report two cases of intra abdominal gossypidomas in female patients and managed at the Surgical unit of the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital (YGOPH). This study seeks to demonstrate the existence of this complication in our daily surgical practice. It underlines the difficulties in diagnosis and the preventive measures to avoid them.

KEY WORDS: Intra-abdominal gossypidoma- Female patient-African context.

I- INTRODUCTION

Le terme de "textilome" désigne communément un corps étranger, compresse Louchamp opératoire, laissé involontairement au cours d'une intervention chirurgicale. Cet oubli d'un corps étranger dans la cavité péritonéale représente une complication chirurgicale iatrogène redoutable dont la fréquence varie de 1 pour 1000 à 1 pour 5000 dans la littérature [1,2]. Nous rapportons ici deux cas de textilome intra abdominal chez la femme, colligés dans le service de Chirurgie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Le but de ce travail était de relever la persistance de cet accident dans notre pratique chirurgicale quotidienne, souligner les difficultés du diagnostic et proposer des moyens de prévention.

¹Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Correspondances: MOUAFO TAMBO F.F., Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ; B.P. 4362 Yaoundé/Cameroun.

E-mail: faustintambo@yahoo.fr

II- OBSERVATIONS

CAS N°1:

Madame M.R., âgée de 28 ans, mère de 2 enfants, avec antécédent de césarienne itérative respectivement en 2001 pour macrosomie foetale et en 2004 pour placenta praevia calcifié, était admise dans le service de chirurgie de l'HGOPY le 1^{er} Avril 2005 pour des douleurs abdominales généralisées. Le début de la symptomatologie remontait à 3 semaines auparavant marqué par des douleurs abdominales périombilicales puis diffuses, avec sensation de reptation s'étendant à tout l'abdomen. Ces douleurs abdominales évoluaient par paroxysmes entrecoupés de période d'accalmie, associées à des vomissements alimentaires, mais sans arrêt des matières et des gaz.

L'examen clinique à l'entrée était réalisé chez une patiente à l'état général altéré, asthénique, anorexique, avec un amaigrissement chiffré à plus de 10% du poids corporel, aux conjonctives peu colorées, apyrétique à 37°C. Il avait permis de suspecter un syndrome sub-occlusif confirmé par la radiographie de l'abdomen sans préparation qui montrait des niveaux hydro-aériques de type grêlique. La palpation de l'abdomen montrait une masse périombilicale d'environ 15cm de grand

diamètre, douloureuse, dure, peu mobile avec une matité déclive et des oedèmes des membres inférieurs prenant le godet.

Ce tableau clinique faisait évoquer une occlusion intestinale post opératoire sur bride, versus un processus tumoral grêlique ou colique, ou encore une tuberculose digestive.

Le bilan biologique mettait en exergue une anémie à 9,3g/dl normocytaire avec volume globulaire moyen (VGM) à 80,9 fL, une C-reactive protein (CRP) à 60mg/l, une hypoprotidémie à 50g/l avec hypoalbuminémie, une hypokaliémie à 3,3 mEq/l avec hypocalcémie (80mg/l) et un taux de prothrombine à 62,5%. L'examen parasitologique des selles était négatif. La sérologie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (ELISA) était négative.

L'échographie abdominale objectivait des anses intestinales distendues à parois épaissies avec une lame d'ascite, sans adénopathies profondes. La Fibroscopie digestive haute était normale. Les biopsies jéjunales n'ont pas été pratiquées de même que la Tomodensitométrie abdominale. Le transit baryté grêlique montrait une dilatation de l'estomac et du duodénum avec une image en piles d'assiettes témoignant d'un obstacle en aval, probablement iléal ; la dernière anse iléale avait un aspect normal. On posait alors l'indication d'une coelioscopie à visée diagnostique et thérapeutique au cours de laquelle de multiples adhérences viscéro-pariétales avaient été sectionnées. A la première semaine post opératoire et devant la recrudescence de la symptomatologie digestive, une laparotomie médiane exploratrice sus et sous ombilicale était justifiée. L'exploration découvrait un volumineux magma inflammatoire d'anses intestinales agglutinées (Figure 1), situé en amont à 100cm de l'angle de Treitz et en aval à 10cm de la valvule de Bauhin. La résection intestinale était large emportant le magma tumoral en monobloc.

La pièce opératoire avait été envoyée au laboratoire d'anatomopathologie. A l'ouverture de la pièce d'exérèse (Figure 1), le pathologiste retrouvait un champ abdominale d'environ 100x100 cm de couleur verdâtre. La muqueuse du grêle réséquée présentait des ulcérations au contact du textile sans autre anomalie en histologie. L'intervention était terminée par une anastomose jéjuno-iléale termino-terminale. Les suites opératoires de cette deuxième intervention étaient compliquées d'une suppuration pariétale à J3 post-opératoire et d'une collection purulente intra-abdominale drainée par ponction écho guidée à J20 post-opératoire. A distance, l'évolution clinique était émaillée de la survenue d'une occlusion post-opératoire sur brides ayant nécessité une reprise chirurgicale sous coelioscopie à J60 post-opératoire au cours de laquelle la procédure d'adhésiolyse était responsable d'une hémorragie peropératoire ayant nécessité une conversion en laparotomie d'hémostase avec autotransfusion peropératoire à J61 post-opératoire.

Les suites opératoires de cette troisième intervention ont été perturbées d'une éviscération fixée qui a conduit à la trouvaille d'un petit textilome au cours d'une suture secondaire à J120 post-opératoire avec une évolution favorable. A J150, la patiente développait une psychose dépressive liée à une hospitalisation prolongée, ce qui a justifié une consultation psychiatrique, et la prise de neuroleptiques, c'est-à-dire Imipramine (Tofranil®) à la dose de 25 mg le soir au coucher associée à un anxiolytique, le Bromazépam (Lexomil®) à la dose de 2 mg le soir au coucher. A J200, la patiente était l'objet d'une autogreffe dermoépidermique semi-épaisse 4/10° pour couvrir la perte de substance de 13x9 cm au niveau de la ligne médiane.

CAS N°2:

Madame J.R. âgée de 34 ans, avec antécédent d'interruption volontaire de grossesse en 1989, de myomectomie en Août 2005, était admise dans le service de Chirurgie de l'HGOPY le 10/09/05 pour des douleurs abdomino-pelviennes. L'anamnèse révélait que le début de la symptomatologie remontait à trois semaines après la myomectomie, marqué par des douleurs abdomino-pelviennes d'emblée diffuses, sans position antalgique évidente, associées à des vomissements alimentaires post-prandiaux et un arrêt des matières et des gaz. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte de fièvre et d'anorexie. C'est l'apparition d'un ballonnement abdominal important qui motiva la consultation.

L'examen clinique à l'entrée était réalisé sur une patiente à l'état général légèrement altéré, aux conjonctives peu colorées, fébrile à 40°C, avec une polypnée superficielle, une langue saburrale et un poids de 78kg. On notait à l'inspection un abdomen cicatriciel, météorisé, asymétrique, mobile avec la respiration et surtout une hyperesthésie cutanée hypogastrique avec présence d'une masse hypogastrique rénitente très douloureuse à la palpation. On ne palpait pas de contact lombaire et les orifices herniaires étaient libres. Les touchers pelviens étaient sans particularité. L'examen pulmonaire et l'examen cardio-vasculaire étaient normaux. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

En conséquence, il s'agissait d'un syndrome occlusif douloureux fébrile post-opératoire compatible avec une péritonite occlusive post-opératoire, versus un textilome intra-abdominal.

Le bilan biologique montrait une anémie à 7,6 g/dl, hypochrome (volume globulaire moyen à 82,5fL), une hyperleucocytose à 14700/mm³ avec polynucléose neutrophile à 80%.

L'imagerie médicale à visée diagnostique se composait d'une radiographie de l'abdomen sans préparation qui isolait de multiples niveaux hydro-aériques grêliques. L'échographie abdomino-

pelvienne effectuée le 11/09/05 objectivait des anses intestinales dilatées et l'absence de collection intra-abdominale. A J2 d'hospitalisation apparaissait une fistule entéro-cutanée de siège hypogastrique avec émission de pus franc.

Devant ce tableau clinique, l'indication d'une laparotomie était posée après une brève réanimation intensive. On découvrait en per-opératoire une grande compresse abdominale dans la fosse iliaque gauche, reposant sur un sigmoïde ischémique, mesurant 60x60 cm, ainsi que des adhérences multiples iléo-iléales, iléo-jéjunales et iléo-coliques. La cavité abdominale était le siège d'un liquide purulent et le tablier épiploïque était gorgé du suc péritonéal. Le reste de l'abdomen était normal. On pratiqua une toilette péritonéale abondante, puis une résection iléale d'environ 150 cm. L'intervention était terminée par une anastomose iléo-jéjunale termino-terminale et un drainage des deux gouttières pariéto-coliques et du Douglas. Les suites opératoires étaient simples.

III- DISCUSSION

La description princeps du textilome intra-abdominal revient à Wilson en 1884 [5]. En 1994, LE NEEL [5], en 18 ans d'activité hospitalière, rapportait personnellement 25 cas de textilomes et recensait 143 cas dans la littérature mondiale pendant la même période. Dans nos contrées sous médicalisées, la fréquence des textilomes intra-abdominaux est sans doute sous-estimée en l'absence de statistiques fiables. Aussi, les deux cas de textilomes intra-abdominaux colligés dans le service de chirurgie de l'HGOPY soulignent-ils la non rareté de cette complication iatrogène en milieu africain.

Sur le plan épidémiologique, nos deux observations corroborent les données de la littérature selon lesquelles la prédominance féminine est trouvée dans 57% des cas [5] et les interventions digestives et gynécologiques représentent entre 60% et 74% des causes de textilomes intra-abdominaux [5,6,7]. Mais notre travail se singularise dans le premier cas rapporté par la découverte deux fois en cours d'hospitalisation chez la même patiente de textilome intra-abdominal. Il s'agirait d'une compresse oubliée lors des pansements quotidiens. Cette recrudescence de textilomes abdominaux n'a pas, à notre connaissance, été rapportée jusqu'à présent chez une même patiente, dans ce délai de 7 mois. Ceci souligne tout l'intérêt de la prévention de cette complication iatrogène dans notre pratique quotidienne.

Les interventions réalisées en urgence, les opérations très hémorragiques ou celles caractérisées par un acte opératoire de longue durée comportent classiquement un risque plus élevé [2, 6] telles nos deux observations. Pour HAJI et al [6], le textilome correspond dans 60% des cas à un champ abdomi-

nal de grande taille, ailleurs à des champs multiples et oubliés en des sites différents.

Sur le plan physiopathologique [3,4] le textile délaissé involontairement dans l'abdomen est d'abord libre. Mais, dès la 24^{ème} heure, ses fibres provoquent une réaction inflammatoire avec exsudation connue sous le terme de «gossypidome». Cette inflammation crée des adhérences au contact des tissus et engendre la constitution d'un granulome inflammatoire vers le 8^{ème} jour [5,8]. S'il n'y a pas d'infection de ce corps étranger et apparition de signes cliniques infectieux attirant l'attention précocement, le processus inflammatoire peut s'enkyster [9] et même se calcifier avec une tolérance parfois très longue. L'évolution du textilome est imprévisible [6]. C'est ainsi que son élimination peut s'effectuer par fistulisation à la peau ou aux organes creux [7]. Des migrations ont été décrites à travers le diaphragme [10], la paroi intestinale avec occlusion [5] telle nos deux cas, le vagin [11], la vessie, etc ...

Cliniquement, le délai de révélation de ces corps étrangers est très variable, allant de quelques jours à plusieurs années suivant l'intervention. Dans le cas N°1, le délai de révélation du champ abdominal oublié (premier textilome) au cours de la deuxième césarienne de notre patiente a été de cinq mois. Le second textilome à savoir une petite compresse de 10 x 10cm a été retrouvée une semaine après sa mise en place au cours d'une suture secondaire pour éviscération fixée. Dans le cas N°2, le délai de révélation du champ abdominal a été d'un mois. CRESPI [12] a décrit le cas d'un champ resté latent 32 ans alors que le plus long délai observé dans la littérature est de 67 ans après néphrectomie [12]. Le textilome ne peut être détecté que lorsqu'il apparaît des complications à type d'occlusion, de surinfection, d'enkystement ou de fistulisation, ou s'il est constitué d'un élément radio-opaque. Son diagnostic clinique repose sur les données anamnestiques et peut être conforté par les examens complémentaires. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) quoique non spécifique peut montrer des images évocatrices [16] : opacités trabéculaires ou marécageuses, parfois associées à des clartés gazeuses réalisant l'aspect en «mie de pain» ou en «nid d'abeille». La présence de gaz ou d'images micro-aériques est secondaire à une infection à germes anaérobies ou à une communication entre le pseudo-kyste et l'intestin [1, 7,12]. L'ASP peut également objectiver un refoulement des clartés gazeuses par une opacité. Des calcifications tardives peuvent apparaître et seraient un facteur péjoratif [17]. L'échographie abdominale tout aussi non spécifique trouve son intérêt surtout dans les formes tumorales. Elle précise le volume de la masse ainsi que son caractère solide ou liquide. Elle est évocatrice quand coexistent une image de masse

atténuante avec un grand cône d'ombre et des interfaces linéaires liées aux plis du textile, surtout s'il s'agit de champ de bordage du site opératoire [18,19].

Les opacifications digestives peuvent révéler l'existence d'une masse refoulant les anses digestives, une sténose d'un segment digestif ou un trajet fistuleux [12,14]. Dans le cas N°1, le transit du grêle en circonscrivant une dilatation gastro-duodénale avec image en "piles d'assiettes", a permis d'approcher le diagnostic.

La tomodensitométrie abdominale n'a pas été réalisée chez nos patientes pour des raisons financières. Elle peut isoler une masse bien limitée, régulière, non rechaussée par le produit de contraste qui l'entoure finement en périphérie. Cette masse est à contenu hétérogène «spongiforme» piégeant de nombreuses petites images aériques punctiformes ou linéaires centrales. L'imagerie par résonance magnétique peut montrer le même aspect encapsulé mais n'a pas été de mise chez nos patientes.

Dans tous les cas, aucun signe clinique et /ou radiologique n'est spécifique et on doit recourir à une laparotomie exploratrice. L'extraction précoce du textilome intra abdominal avant l'installation de la fibrose est facile à réaliser et moins dangereuse pour le malade [5]. En revanche, les textilomes diagnostiqués tardivement ou à l'occasion d'une complication, comportent un risque élevé, avec une mortalité qui varie entre 11% et 35% [2,5]. Certains textilomes ont été expulsés sans dommage par les voies naturelles [6].

Le traitement réel réside dans la prévention par le renforcement des procédures de décompte systématique des instruments et des compresses en fin d'intervention, en particulier le comptage des compresses et des champs doit se faire par le chirurgien lui-même ou sous sa supervision en pré et post opératoire. Cette prévention passe aussi par l'utilisation de compresses marquées radio opaques proposées par CROSSEN et al [20], et utilisées aux Etats-Unis depuis 1940, ou par l'utilisation de grandes compresses avec une longue marque qui ressort au travers de la voie d'abord. Enfin, dans ce volet préventif, la pratique d'un cliché systématique en per opératoire au bloc opératoire chez les patients à risque, nous semble tout à fait justifiée.

CONCLUSION

Le textilome intra-abdominal est une complication iatrogène post-opératoire qui existe dans notre pratique chirurgicale quotidienne. Accident fâcheux pour le patient et la réputation du chirurgien, son diagnostic quoique difficile en pré-opératoire, ne doit pas être méconnu par le praticien. Son traitement véritable reste la prévention par le respect scrupuleux des règles de décompte d'instruments et de compresses avant, pendant et à la fin de toute intervention chirurgicale ■

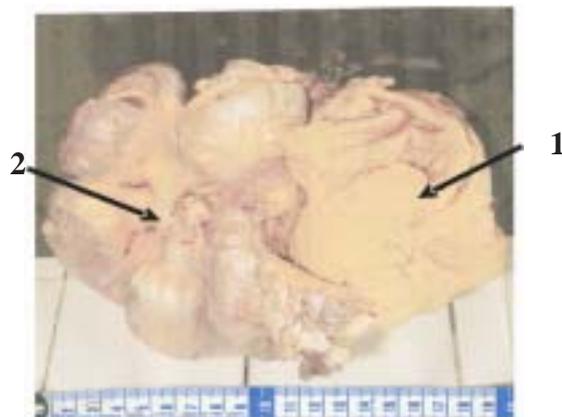


Figure 1- Pièce opératoire de la résection intestinale de la masse abdominale. La flèche 1 illustre le volumineux textilome incrusté dans la lumière intestinale. La flèche 2 montre la configuration des anses grêles dilatées par le processus inflammatoire.

REFERENCES:

1. Rapport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intraabdominal surgery. *Arch surg* 1990; 125:405–7.
2. Chorvat G, Kahn J, Camelot G, Henriot P, Gillet JY, Gillet M. L'évolution des corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1976; 30: 643–9.
3. El Ounani M, Medrhri J, Benelbarhdida I, Echarrab M, Amraoui M, Chkoff R et al. Douleurs, diarrhée, amaigrissement et masse abdominale chez une jeune marocaine. Cas clinique. *Hépatogastro-Entérologie* 2001;8,3:231–4.
4. Lebeau R, Diane B, Amania, Kouassi JC. Les corps étrangers après chirurgie abdominale. A propos de 12 observations. *Mali Médical* 2004 ; Tome 14 ,304 : 8–12.
5. Le Neel JC, Decussoc JB, Dupas B, Letessier E, Bordé L, Eloufir M et al. Les textilomes : à propos de 25 cas et revue de la littérature. *Chirurgie* 1994 – 1995;120: 272–7.
6. Haji A, Abbar M, Bouchama R, Moulay A. Les textilomes intra-péritonéaux: à propos de 5 cas. *J Chir* 1988;125:353-7.
7. Guiard JM, Bonnet JC, Boutin JP, Plane D, Guilleux NM, Delorme G. Textilome : aspect tomodensitométrique. A propos d'un cas. *Ann Radiol* 1988; 31: 49–52.
8. Sturdy JH, Boird R, Gerein A. Surgical sponges: a cause of granuloma and adhesion formation. *Ann Surg* 1967; 165: 128–34.
9. Braude P. Encysted gossypidoma of the lesser omentum: complementary aspect of echography and CI. *J Belge Radiol* 1992;75:125–8.
10. Darte velle PH, Yger M, Ghardi N, Vayre P, Mercier M. Abcès interhépatodiaphragmatique avec fistule bronchique par migration tardive transdiaphragmatique d'un corps étranger abdominal post-opératoire. *J Chir* 1981;118:413–6.
11. Elitn K, Benslimane T, Dziri C, Mzabi R. Les corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1989 ; 43 : 285–8.
12. Crespi C, Zanaboni M, Fella V, Favoro I. Champs opératoires oubliés dans l'abdomen. *Nouv Press Méd* 1974 ; 3 : 828.
13. Hesp WL, Goris RJA. Cyste per magma abdominales. *Acta Chir Belg* 1983 ; 83 : 416–9.
14. Froideraux A, Kukanovic S, Huber O, Hauser H. Les corps étrangers textiles intra-abdominaux. *Med Chir Dig* 1980;9:941–4.
15. Hoebek Y, Scotté M, Daucewicz M, Leblanc L, Michot F, Ténrière P. Textilome intra-abdominal :rapport d'un cas. *J Chir (Paris)* 1991; 128 : 498–9.
16. Hirsch JF, Martinon P. Le champ opératoire oublié dans l'abdomen. *J Radiol Electrol* 1978 ; 59 : 287–9.
17. Coussement A, Blanc P, Fontaine Y, Coussement N, Faure C. Champs opératoires oubliés dans l'abdomen : étude radio-clinique. *Nouv Press Méd* 1973 ; 37, 2 : 2447–50.
18. Chau WX, Lai KH, Lo KJ. Sonographic findings of intra abdominal foreign bodies due to retained gauze. *Gastro Intest Radiol* 1984 ; 9 : 6163.
19. Weil F, Eisenscher A. Diagnostic ultrasonore des compresses chirurgicales oubliées. *Ann Radiol* 1977 ; 20:631–3.
20. Crossen HS, Crossen DF. Foreign bodies left in the abdomen. CV Mosby Co St Louis 1940.