

Occlusion intestinale aigüe mécanique sur textillome phagocyté

À propos d'un cas

acute intestinal obstruction with textilloma , a case report

I Boudis¹, R Belouz¹, S CHENNINE¹, M Abderezzak¹, M Saidani².

1 service de chirurgie générale, chu benimessous.

2 chef de service de chirurgie générale, chu benimessous.

Résumé :

Le textillome est une complication postopératoire très rare mais bien connue, Il peut s'agir d'un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. La clinique associe des troubles chroniques du transit à des syndromes sub-occlusifs. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 54 ans, admise à notre niveau, pour la prise en charge chirurgicale d'une occlusion intestinale aigüe dont l'exploration per opératoire retrouve un textillome intra abdominal phagocyté découvert fortuitement.

Mots clés : Textillome, Syndrome occlusif, Chirurgie

Abstract :

Textiloma is a very rare but well-known postoperative complication. It may be a foreign body made up of compress (es) or surgical drape (s) left at an operating site. The clinic associates chronic transit disorders with sub-occlusive syndromes. We report the case of a 54-year-old patient admitted at our level for the surgical management of an acute intestinal obstruction whose per-op exploration

found an intra-abdominal textilloma accidentally discovered.

Keywords: Textilloma, Occlusive syndrome, Surgery

Introduction:

Le textillome, également appelé gossybipoma, est une complication postopératoire très rare mais bien connue.

Gossybipoma est un terme dérivé de gossypium signifiant coton en Latin et boma signifiant lieu de cachette en Swahili.

Le textillome correspond alors à un corps étranger composé de compresse(s) ou de champs chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire par inadvertance. Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 54 ans, opérée pour occlusion intestinale sur bride avec un textillome intra abdominal phagocyté découvert fortuitement.

Observation :

Patiente âgée de 54ans, aux antécédents d'hypothyroïdie sous traitement, opérée à notre niveau pour un adénocarcinome du moyen rectum il y'a 3 mois, ayant bénéficié d'une résection antérieure et

d'une anastomose colo rectale latéro terminale avec iléostomie de protection.

L'étude anatomopathologique revient en faveur d'un adénocarcinome mucineux classé Pt3n2.

La chirurgie a été suivie de 2 séances de chimiothérapie mal tolérées, la patiente consulte à notre niveau pour un syndrome occlusif remontant à 72h.

L'examen clinique retrouve une patiente en état général conservé, stable sur le plan hémodynamique avec une cicatrice de laparotomie médiane sus et sous ombilicale, l'abdomen est très distendu, il existe aussi une sensibilité généralisée

mais sans défense, ni masse palpable, les orifices herniaires sont libres et l'iléostomie est non fonctionnelle

Bilan biologique : GB:17000 éléments/mm³ NA+: 127 mmol/l

ASP: multiples niveaux hydro aériques grêliques.

TDM abdomino pelvienne:

Distension grêlique jéjunale atteignant 31mm, en amont d'une zone de transition dans la région sous hépatique, avec une anse juste d'amont à paroi épaissie, atteignant 8mm, siège d'un contenu stercoral.



Figure 1



Figure 2

Résultats :

Après traitement instrumental (sonde naso gastrique, sonde rectale), réhydratation, correction des troubles hydro électrolytiques et échec de ces derniers, marqué par l'exacerbation de la douleur et des vomissements, décision opératoire fut

prise. L'exploration retrouve de multiples brides grêlo grêliques et grêlo hépatiques, libérées difficilement.

Le déroulement du grêle montre un magma d'anses accolées, dont la libération permet d'objectiver un textillome (grande compresse infectée) qui a été phagocytée par les anses intestinales.

Une résection grêlique d'environ 20cm est réalisée à 60cm de la première anse

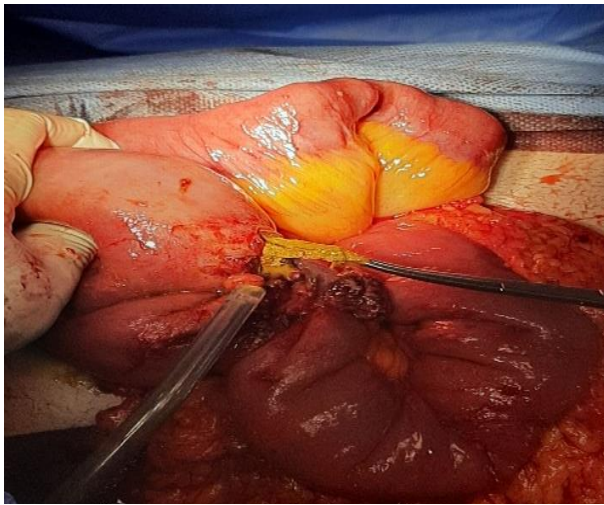


Figure 03

jéjunale, avec anastomose grêlo grêlique termino terminale.

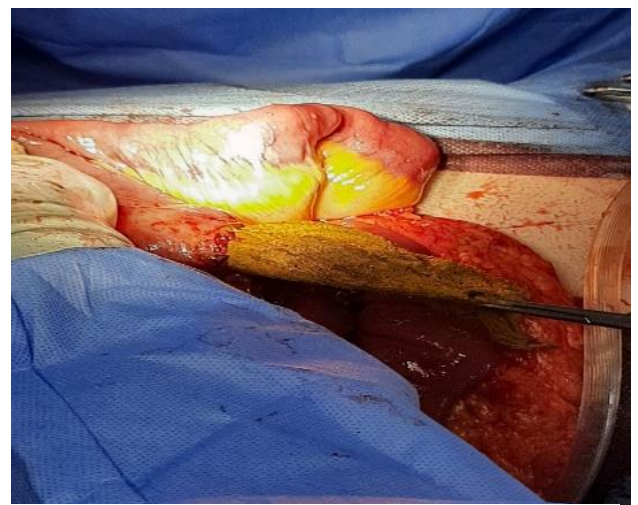


Figure 04

Évolution :

Les suites post opératoires ont été favorables avec une bonne stabilité hémodynamique. L'alimentation liquide (eau+tisane) est autorisée à j01, l'alimentation semi liquide (soupe) à j02. Le transit a repris sous forme de gaz à j03.

La patiente est déclarée sortante à j04.

Discussion :

Le textillome est une lésion iatrogène, développée autour d'un corps étranger textile, oublié lors d'une intervention chirurgicale¹

Sur le plan physiopathologique, les fibres de textile provoquent dès la 24e heure, une réaction inflammatoire avec exsudation, suivie par la formation d'un tissu de granulation (8ème jour), enfin la fibrose s'organise à partir du 13ème jour.

Cette évolution explique, en l'absence d'infection, les possibilités d'enkystement, voire des calcifications, avec une tolérance parfois longue²

La découverte du textillome abdominal est généralement tardive.³

La clinique manque de spécificité. Elle associe des troubles chroniques du transit à des syndromes sub-occlusifs à répétition.

Ces troubles pourraient être liés à des phénomènes de digestion du corps étranger ou à une désinvagination spontanée.⁴

Conclusion :

Malgré les avancées actuelles, la prudence reste de mise concernant les compresses chirurgicales ou champs opératoires, sur les sites précédemment opérés, qui peuvent être responsables de granulomes pseudo-tumoraux, causant des dégâts tissulaires importants autour du corps étranger accidentellement laissé en place

Le comptage des compresses et des champs, par le chirurgien en début et en fin d'intervention, reste un moyen efficace mais encore insuffisant. Aux États-Unis, l'utilisation de compresses marquées radio-opaques dès 1940, selon les recommandations de Cr Ossen, a contribué de façon significative à limiter ce type d'incident

Ces troubles pourraient être liés à des phénomènes de digestion du corps étranger ou à une désinvagination spontanée.⁴

Bibliographie :

1. Buy JN, Hubert C, Ghossain MA, Malbec L, Bethoux JP, Ecoiffier J. Computed tomography of retained abdominal sponges and towels. *Gastrointest Radiol.* 1989; 14:41-5
2. O'Connor AR, Coakley FV, Meng MV, Eberhardt SC. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *AJR Am J Roentgenol.* 2003 Feb;180(2):481-9
3. Giancarlo AV, Apostolides PI, Bruce Dean MD, Spetzler RF. Magnetic resonance image of post craniotomy retained cotton or rayon. *J Neurosurg.* 1998 ; 88 : 928.
4. Kuwashima S, Yamato M, Fujioka M, Ishibashi M, Kogure H, Tajima Y. MR findings of surgically retained sponges and towels: report of two cases. *Radiat Med.* 1993 May-Jun;11(3):98-101.
5. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M, Armstrong O. Textilomes: A propos de 25 cas et revue de littérature. *Chirurgie.* 1994-1995;120(5):272-6; discussion 276-7
6. Roumen RM, Weerdenburg HP. MR features of a 24-year-old gossypiboma: A case report. *Acta Radiol.* 1998;39:176-8.
7. Moyle H, Hines OJ, McFadden DW. Gossypiboma of the abdomen. *Arch Surg.* 1996;131:566-8