

Textilome Abdominal Chez L'enfant: Les Trois Premières Observations au Sénégal

Camara Souleymane

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Niane Aminah Oumoul Rassoul

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Yonga Daniel Tenfa

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Zeng Florent Tshibwid A.

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Ndour Oumar

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Ngom Gabriel

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

[Doi:10.19044/esj.2021.v17n37p225](https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n37p225)

Submitted: 08 June 2020

Accepted: 22 September 2021

Published: 31 October 2021

Copyright 2021 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Camara S., Niane Aminah I.R., Yonga D.T., Zeng Florent T.A., Ndour O. & Ngom G. (2021). *Textilome Abdominal Chez L'enfant: Les Trois Premières Observations au Sénégal*. European Scientific Journal, ESJ, 17(37), 225.

<https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n37p225>

Résumé

Les cas pédiatriques de textilomes sont rares. Ils sont caractérisés par le poly-morphisme clinique, les errances diagnostiques et le retard de prise en charge. L'objectif était de rapporter les trois premiers cas pédiatriques au Sénégal et d'identifier les facteurs de risque. La tomodensitométrie abdominale avait permis de poser le diagnostic dans les trois cas. La laparotomie exploratrice confirmait les textilomes. Les suites opératoires étaient simples.

Mots clés: Textilome Abdominal, Enfant, Chirurgie Abcès Appendiculaire

Abdominal Gossypiboma in Children: The First Three Observations in Senegal

Camara Souleymane

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Niane Aminah Oumoul Rassoul

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Yonga Daniel Tenfa

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Zeng Florent Tshibwid A.

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Ndour Oumar

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Ngom Gabriel

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Albert Royer, Avenue Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Abstract

Pediatric cases of gossypiboma are rare. They are characterized by clinical polymorphism, misdiagnosis and delayed management. The aim was to report the first three pediatric cases in Senegal and to identify their risk factors. Abdominal CT scan made the diagnosis in all three cases. Exploratory laparotomy confirmed textilomas. Postoperative follow-up was uneventful.

Keywords: Abdominal Textiloma, Child, Appendicular Abscess Surgery

Introduction

Le textilome, est également appelé gossypiboma qui est un terme dérivé de gossypium signifiant coton en Latin et boma signifiant lieu de cachette en Swahili. Il est utilisé pour décrire un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux oubliés dans un foyer opératoire (Serghini, 2011). L'incidence des textilomes n'est pas connue mais elle est rapportée entre 1/1000 et 1/3000 interventions chirurgicales (Gawande, 2003). Quelques rares cas pédiatriques ont été rapportés (Berger, 2017; Liaqat, 2018; Waqas, 2019). Les manifestations cliniques et radiologiques sont variables, conduisant à des errances diagnostiques (Sarr, 2018). La tomographie assistée par ordinateur (TDM) est l'examen de référence (Alis, 2007).

Observation 1

Un patient de 4 ans, sans antécédents pathologiques particuliers était reçu en décembre 2020 pour un abcès appendiculaire diagnostiqué à l'échographie abdominale. Une appendicectomie avait été réalisée. La chirurgie était marquée par une difficulté à retrouver l'appendice, motivant un réaménagement de l'équipe chirurgicale. Deux jours après la chirurgie, apparaissaient une fièvre, des vomissements bilieux, une sensibilité abdominale diffuse et une masse périombilicale. Le diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë avait été retenu. Devant la persistance de l'occlusion, une TDM était réalisée et évoquait un textilome devant une masse abdominale hétérogène, hypodense contenant des bulles d'air (Figure 1a et 1b). La chirurgie réalisée au 13ème post opératoire, retrouvait une masse constituée d'un magma d'adhérences, avec une compresse enfouie en son sein (Figure 1c). Une extraction de la compresse était effectuée. Les suites opératoires étaient simples.

Observation 2

Un patient de 10 ans, reçu en janvier 2021 pour des douleurs abdominales aiguës associées à des vomissements bilieux et un arrêt des matières et des gaz. Le patient avait subi, dans un centre de santé périphérique, en septembre 2020 une appendicectomie puis une chirurgie pour une occlusion intestinale. Le diagnostic d'une occlusion sur paquet d'ascaris était retenu. A l'admission, il présentait une sensibilité abdominale diffuse. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) était normale. Le diagnostic d'occlusion intestinale sur brides était évoqué à l'échographie. Devant la persistance du syndrome occlusif, une TDM abdominale était réalisée et montrait une anse distendue contenant des plages de bulles parsemées de zones hypodenses donnant un aspect en maille de filet. (Figure 2a). Un traitement médical était instauré avec une bonne amélioration clinique motivant sa sortie. Il était réadmis neuf jours après sa sortie dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë. Une laparotomie réalisée objectivait une masse iléale intraluminaire à 70 cm du carrefour iléo-caecal. L'entérotomie mettait en évidence une compresse intraluminaire (Figure 2b et 2c). Les suites opératoires étaient simples.

Observation 3

Un patient de 12 ans, reçu en mai 2021 pour un syndrome occlusif aigu évoluant depuis six jours avant son admission. En Novembre 2020, le patient avait subi une appendicectomie dans un centre de santé périphérique. A l'admission, il présentait uniquement une sensibilité en fosse iliaque droite. L'échographie réalisée avait permis d'évoquer une occlusion intestinale sur brides postopératoires. Devant l'absence d'amélioration des signes, une TDM

était réalisée et montrait une occlusion grêlique sur textilome avec une fèces sign (Figure 3a). La laparotomie objectivait de multiples adhérences avec deux perforations bouchées sur l'iléon et une masse intraluminal à 40 cm de l'angle iléo-cecal. Nous réalisons une résection intestinale sur 10 cm avec une extraction de trois compresses puis une anastomose termino-terminale (Figure 3b et 3c). Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

Le textilome abdominal reste une complication redoutée après une chirurgie abdominale car ses conséquences sont potentiellement graves (Diop, 2017).

Au le plan physiopathologique, les fibres de textile provoquent dès la 24ème heure une réaction inflammatoire avec une exsudation suivie par la formation d'un tissu de granulation vers le 8ème jour, enfin la fibrose s'organise à partir du 13ème jour. Cette évolution explique les possibilités d'enkystement avec une tolérance parfois longue (Erguibi, 2015). Le corps étranger peut migrer complètement dans la lumière intestinale. S'il ne peut pas passer la valve iléo-caecale, il provoque une occlusion intestinale comme dans les deux dernières observations. Les gossypibomes sont décrits dans toutes les chirurgies, avec une prédominance pour la chirurgie abdominale et pelvienne (Obeidat, 2020). Les implications juridiques et les risques d'entacher la réputation de l'équipe chirurgicale favorisent une sous-estimation de l'incidence réelle (Sarr, 2018). Les facteurs favorisant une perte de vigilance de l'équipe chirurgicale sont l'urgence, la durée de l'intervention, la complexité de l'acte opératoire, la profondeur du site opératoire, l'hémorragie massive peropératoire, l'instabilité hémodynamique du patient avec la fermeture précoce de la paroi, le changement de procédure, le changement d'équipe de bloc et enfin l'obésité du patient (Gawande, 2003 ; Kadam, 2015). Le changement de l'équipe chirurgicale est incriminé comme le facteur favorisant dans la première observation. Les chirurgies réalisées dans les structures sanitaires périphériques sont considérées comme des facteurs de risque de textilome dans les deux autres observations.

Les textilomes sont souvent découverts chez l'adulte avec un âge moyen de 40,4 ans et une prédominance féminine (Obeidat, 2020). Les cas pédiatriques restent rares (Berger, 2018). La clinique est pauvre avec des douleurs abdomino-pelviennes chroniques, de syndromes sub-occlusifs récurrents et d'amaigrissement inexplicable dans les suites opératoires (Erguibi, 2015 ; Serghini, 2011). Le tableau peut être aigu et précoce avec un syndrome infectieux, et une défense traduisant une suppuration (Diop, 2017). Les cliniciens doivent penser à un textilome, y compris intraluminal, lorsqu'un patient présente une occlusion intestinale ou une masse abdominale postopératoire (Obeidat, 2020).

Le diagnostic de textilome repose essentiellement sur l'imagerie médicale (Obeidat, 2020). La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) est demandée en première intention dans les occlusions intestinales (Sarr, 2018). Elle peut mettre en évidence une structure radio-opaque intra-abdominale (Batra, 2021). L'échographie est fiable en montrant une image hyperéchogène centrale contenant des bulles d'air avec un cône d'ombre postérieur, très évocatrice dans le contexte postopératoire (Sarr, 2018). La tomodensitométrie est l'examen d'imagerie de référence. Elle permet un diagnostic topographique préopératoire (Batra, 2021). Et dans le même temps, est réalisée une exploration complète de la cavité abdominale à la recherche de complications (fistules, pneumopéritoine, abcès) (Serghini, 2011). Cependant l'imagerie scanographie du textilome est peu connue (Sarr, 2018). Il peut mimer un fécalome, un abcès, un hématome ou une tumeur (Obeidat, 2020). Batra (2021) propose l'IRM dans les cas de textilomes abdominaux. L'endoscopie digestive est également utilisée pour le diagnostic du textilome intraluminal (Obeidat, 2020 ; Lv, 2014). Malgré l'utilisation des moyens d'imagerie, les textilomes demeurent un challenge diagnostique et leur découverte est souvent per opératoire (Sarr, 2018). Les trois observations sont caractérisées par des errements diagnostiques. La chirurgie ouverte est le traitement de référence du textilome abdominal (Diop, 2017). La résection-anastomose, l'entérotomie et l'extraction du textilome sont les principaux gestes chirurgicaux rapportés (Sarr, 2018). L'ablation percutanée par la radiologie interventionnelle, endoscopique et laparoscopique sont rapportées (Lv, 2014). Leur morbidité et leur mortalité est respectivement de 21,3% et 18,9% (Le Néel, 1994). Un fibrohistocytome malin sur textilome est rapporté (Kaplan, & Iyikösker 2012). Les implications médico-légales sont graves (Gümüş, 2012). La prévention par le comptage des compresses, et des autres matériels chirurgicaux par l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire en début et en fin d'intervention reste un moyen efficace mais encore insuffisant (Serghini, 2011). Au Sénégal, la check-list n'est pas systématiquement pratiquée en chirurgie programmée ni en urgence. Les politiques de santé doivent rendre obligatoire l'utilisation de la check-list et doter les blocs opératoires de compresses marquées.

Conclusion

La survenue de textilome chez l'enfant est encore rare. Ses présentations cliniques variables entraînent des difficultés et des errances diagnostiques. La TDM et la chirurgie ouverte restent le gold standard respectivement pour le diagnostic et le traitement. La prévention reste la meilleure option.

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Ngom Gabriel et Ndour Oumar ont conçu l'étude et fourni des conseils intellectuels ; Camara Souleymane a fourni la conception de l'étude, analysé les données et rédigé l'article ; Niane Aminah Oumoul Rassoul, Yonga Daniel Tenfa, Zeng Florent Tshibwid A ont fourni des conseils intellectuels et révisé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Figures



Figure 1. Image TDM montrant une masse abdominale, hétérogène hypodense avec des bulles d'air en son sein (flèche blanche) sur les coupes axiale (a) et coronale (b). Aspect péroopératoire avec la compresse entourée d'un magma d'anses inflammatoires (c).
Figure 1. CT image showing a heterogeneous hypodense abdominal mass with air bubbles within it (white arrow) on the axial (a) and coronal (b) slices.
Intraoperative aspect with the compress surrounded by magma of inflammatory loops (c)



Figure 2: Image TDM montrant une anse distendue contenant une masse hétérogène parsemée de bulles d'air donnant un aspect en maille de filet avec une paroi hyperdense (a). Textilome moulé dans l'iléon (flèche blanche) (b). Pièce opératoire sous forme d'une compresse abdominale (c).
Figure 2: CT image showing a distended loop containing a heterogeneous mass dotted with air bubbles giving a mesh-like appearance with hyperdense wall (a)
Gossypiboma molded into the ileum (white arrow) (b). Specimen of a sponge removed from abdomen (c)

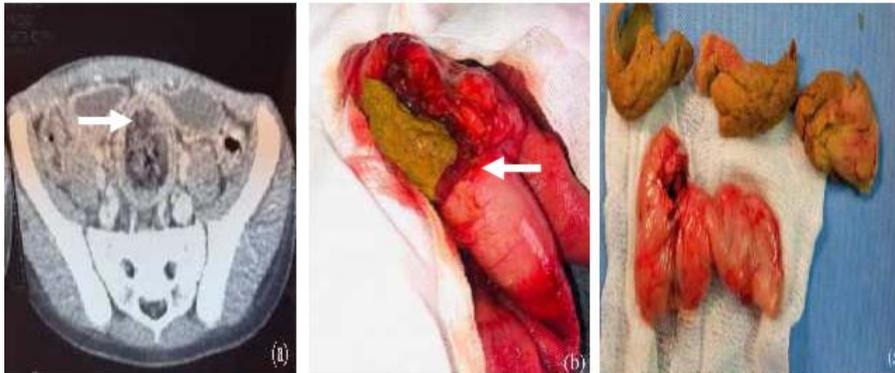


Figure 3. Image TDM montrant le textilome sous forme d'une masse avec des bulles d'air donnant un aspect en fèces sign avec une paroi hyperdense en temps portal (a).

Le textilome moulé dans l'iléon (flèche blanche) (b). Pièce opératoire avec extraction de trois compresses simples (c)

Figure 3. CT image showing the textiloma as a mass with air bubbles giving a sign feces appearance with a hyperdense portal wall (a).

Gossypiboma molded into the ileum (white arrow) (b). Operative part with extraction of three simple compresses (c)

References:

1. Alis, H., Soylu, A., Dolay, K., Kalayci, M., & Ciltas, A. (2007). Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 13(48), 6605.
2. Batra, R., Gautam, R., Manchanda, A., & Ghuliani, D. (2021). A case of two abdominal gossypibomas in a patient: A rare case report. *Journal of Gastrointestinal and Abdominal Radiology*, 2(2), 1-5.
3. Beger, B., Düz, E., & Akdeniz, H. (2018). A rare complication of abdominal surgery in a patient injured in war: Gossypiboma in a child refugee after war surgery. *Eastern Journal of Medicine*, 23(4), 319-321.
4. Diop, B., Niang, M. M., Ba, P. A., Sy, A., Wane, Y., Wilson, E., & Sarré, S. M. (2017). Textilome abdominal sous deux aspects anatomocliniques distincts. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie*, 11(1), 19-23.
5. Erguibi, D., Hassan, R., Ajbali, M., & Kadiri, B. (2015). Abdominal textiloma, about a case. *The Pan African Medical Journal*, 21, 244.
6. Gawande, A. A., Studdert, D. M., Orav, E. J., Troyen, J., Brennan, M., & Zinner, M. (2003). Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58(4), 250-251.
7. Gümüş, M., Gümüş, H., Kapan, M., Onder, A., Tekbaş, G., & Baç, B. (2012). A serious medicolegal problem after surgery: gossypiboma. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 33(1), 54-

57.

8. Kadam, A., Jain, S., & Salve, L. (2015). Gossypiboma: A Rare Case of Spontaneous Intraluminal Migration of Surgical Sponge. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(1), 33-36.
9. Kaplan, M., & Iyikösker, H. I. (2012). A new complication of retained surgical gauze: Development of malignant fibrous histiocytoma-report of a case with a literature review. *World journal of surgical oncology*, 10(1), 1-5.
10. Le Néel, J. C., De Cussac, J. B., Dupas, B., Letessier, E., Borde, L., Eloufir, M., Armstrong, O. (1994). Textiloma. Apropos of 25 cases and review of the literature. *Chirurgie; memoires de l'Académie de chirurgie*, 120(5), 272-276.
11. Liaqat, N., Dar, S. H., Imran, R. M., Asif, A., Sandhu, A., & Waheed, K. (2017). Gossypiboma: An unusual cause of infected wound after inguinal herniotomy. *APSP Journal of Case Reports*, 8(4), 29.
12. Lv, Y. X., Yu, C. C., Tung, C. F., & Wu, C. C. (2014). Intractable duodenal ulcer caused by transmural migration of gossypiboma into the duodenum—a case report and literature review. *BMC Surgery*, 14(1), 1-7.
13. Obeidat, K. A., Aleshawi, A. J., Alebbini, M. M., & Yasin, S. N. B. (2020). Abdominal intraluminal gossypiboma: Demographics, predictors of intraluminal site, diagnostic and treatment measures. *Clinical and experimental gastroenterology*, 13, 65.
14. Sarr, I. S. S., Ndong, A., Thiam, O., Seck, M., Touré, A. O., Cissé, M., Ka, O., & Dieng, M. (2018). Migration intra-digestive de textilome abdominal sous de multiples aspects cliniques. *Journal Africain de Chirurgie Digestive*, 8(2), 2574-2578.
15. Serghini, I., El Fikri, A., Lalaoui, JS., Zoubir, M., Boui, M., & Boughanem, M. (2011). Abdominal textiloma: report of a case. *The Pan African Medical Journal*, 9, 10.
16. Waqas, A., Memoona, M., Iram, Z., Nasi, M. U., Iqbal, A. (2019). Vaginal Gossypiboma In A 3Year Old Female Child-A Case Report and Literature Review. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 17(4), 13010-13012.