



MIGRATION INTRA-DUODENALE DE TEXTILOME

INTRADUODENAL MIGRATION OF GOSSYPIBOMA

Traoré A 1 , Konaté M 1 , Doumbia K 2 , Diarra A 1 , Sow H 2 , Koumaré SB 1 , Bengaly B 1 , Tounkara MS 2 , Dicko MY 2 , Peliaba K 2 , Dembélé BT 1 , Traoré A 1 , Togo A 1 , Diarra MT 1 .

1.Service de chirurgie générale CHU-Gabriel Touré 2.Service d'hépatogastroentérologie CHU-Gabriel Touré

Correspondant : Pr Amadou TRAORE, MCA de Chirurgie générale, CHU Gabriel Touré,
Tel : +22379888886, Mail : amadoutra242@gmail.com.

Résumé

L'oubli d'un corps étranger lors d'une intervention chirurgicale constitue une complication rare mais redoutée. Cette erreur peut être favorisée par divers facteurs, notamment les interventions en urgence, le saignement peropératoire, l'obésité ou un changement inattendu de procédure. Nous présentons le cas d'une patiente de 65 ans, adressée pour épigastrie, vomissements postprandiaux tardifs et altération de l'état général. Une endoscopie digestive haute a révélé une compresse obstruant le pylore, dont l'extraction endoscopique a échoué. Une chirurgie a permis l'extraction par laparotomie et une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires étaient simples, avec sortie de l'hôpital au 10^e jour postopératoire.

Conclusion : l'oubli de compresse est une situation évitable par des mesures préventives rigoureuses telles que le décompte opératoire et l'utilisation de matériels radio-opaques.

Mots-clés : Textilome, Endoscopie digestive haute, Chirurgie abdominale.

Abstract

Retained surgical foreign bodies, including sponges, are rare but significant

complications. Contributing factors include emergency procedures, intraoperative bleeding, obesity, or unexpected procedural changes. We report the case of a 65-year-old patient referred for epigastric pain, late postprandial vomiting, and deterioration of general health. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a sponge obstructing the pylorus, with unsuccessful endoscopic removal. Surgical management via laparotomy and gastroenterostomy led to successful extraction. Postoperative recovery was uneventful, with hospital discharge on day 10.

Conclusion: Retained surgical sponges are avoidable through strict adherence to preventive measures such as operative counts and radio-opaque materials.

Keywords: Gossypiboma, Upper gastrointestinal endoscopy, Abdominal surgery.

Introduction

Le textilome, ou gossypibome, correspond à un corps étranger résiduel, souvent une compresse, laissé involontairement dans le site opératoire [1,2]. Sa fréquence est estimée entre 1/1 000 et 1/10 000 interventions chirurgicales [1,3]. Les principaux facteurs de risque incluent les interventions en urgence, les saignements importants, l'obésité, et les changements imprévus de procédure [4]. À ces facteurs

s'ajoutent parfois des erreurs dans le comptage des matériaux chirurgicaux.

Les présentations cliniques sont variées et souvent trompeuses, compliquant le diagnostic. Le traitement est généralement chirurgical, bien que des options conservatrices puissent être envisagées dans certains cas.

Nous rapportons un cas clinique de textilome migré dans le duodénum à la suite d'une chirurgie biliaire dont la découverte a été faite lors d'une endoscopie digestive haute et découvrons les implications épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à travers une revue de la littérature.

Observation

Une patiente de 65 ans a consulté pour épigastralgie, vomissements et altération de l'état général. Depuis un mois, elle présentait une douleur à type de pesanteur, exacerbée par les repas, associée à des vomissements alimentaires postprandiaux qui soulageaient la patiente accompagnés d'une sensation de soif. Elle souffrait également de constipation sans notion d'arrêt des matières et des gaz ni signes d'hémorragie digestive. Ses antécédents incluaient une cholécystectomie par laparotomie 8 mois auparavant.

Une endoscopie digestive haute a objectivé une compresse obstruant le pylore (figure 1). La tentative d'extraction par endoscopie étant infructueuse, la patiente a été référée en chirurgie. L'examen clinique montrait un indice de masse corporelle de 22kg/m^2 , une bouche sèche et une cicatrice de laparotomie sous-costale droite. L'abdomen était souple, indolore, sans masse palpable. Les examens préopératoires étaient normaux, incluant une hémoglobine à 13g/dL , une créatininémie à $89\text{ }\mu\text{mol/L}$, le TP de 98,3% et la TCA à 41 secondes.

Une laparotomie d'urgence a permis l'extraction de la compresse par abord du bulbe duodénal, suivie d'une suture et d'une gastro-entéro-anastomose (figure 2). En postopératoire, la reprise du transit a eu lieu au deuxième jour et l'alimentation au

troisième jour. La sortie de l'hôpital a été autorisée au 10^e jour sans complication.

Discussion

Le textilome est rare mais sérieux. La fréquence estimée est 1 pour 500 à 10000 interventions [1,3,4,5]. Les études estiment que ces cas sont sous-déclarés en raison de leurs implications médico-légales qui font que de nombreux cas ne sont pas déclarés [4]. Selon une étude cas-témoin [4] les facteurs de risque incluent :

- **Obésité** : Rendant difficile le comptage et le suivi des instruments.
- **Chirurgies d'urgence** : Augmentant les marges d'erreurs.
- **Changements de procédure** : Susceptibles de déconcentrer l'équipe.
- **Absence de vérification rigoureuse** : Comptage inadéquat des compresses.

Présentation clinique : Les textilomes peuvent entraîner des infections (abcès, fistules) ou des syndromes pseudo-tumoraux par encapsulation inflammatoire [6,7]. Dans les formes aseptiques à évolution lente, la réaction inflammatoire et fibrineuse réalise un granulome avec encapsulation de la compresse aboutissant à la forme pseudo-tumorale [7]. Lorsque le processus inflammatoire a lieu au contact d'un viscère creux (tube digestif, vessie), la conséquence peut être la migration transmurale de la compresse dans la lumière de l'organe à l'origine d'une fistule ou d'un syndrome obstructif [5,8, 9].

Dans notre cas, la migration dans le duodénum a provoqué un syndrome obstructif se manifestant cliniquement, l'association, épigastralgie, vomissements postprandiaux et AEG mimant un cancer antro-pylorique avec syndrome orificiel, cause fréquente d'obstruction digestive haute.

Diagnostic : Le diagnostic repose souvent sur l'imagerie (scanner, échographie) [7]. En cas de migration intra-luminale, l'endoscopie est utile pour confirmer et parfois retirer la compresse [5,8]. Dans certaines formes pseudo-tumorales, c'est l'examen anatomo-pathologique qui redresse le diagnostic [1, 2,9].

Traitement : Bien que la chirurgie soit la norme, des approches conservatrices (extraction endoscopique ou expulsion spontanée) sont rapportées. Toutefois, la chirurgie reste préférée en cas de complications. [5,8]. Dans le cas présent, l'échec de la tentative d'extraction de la compresse par voie endoscopique a justifié le choix de la chirurgie. La présence de textilome et sa prise en charge sont associées à une morbi-mortalité non négligeable. La mortalité serait estimée entre 8 à 10% [4,8]. Il s'agit donc de situations graves et évitables.

Prévention : Une check-list rigoureuse et l'utilisation de compresses radio-opaques sont essentielles. Dans les cas complexes, une radiographie peropératoire peut être envisagée [4,5,8].

Conclusion

L'oubli de compresses en chirurgie est une situation grave mais évitable. Une approche systématique et une stricte adhérence aux procédures peuvent réduire significativement ces incidents. L'utilisation de dispositifs adaptés et une formation continue des équipes chirurgicales sont essentielles pour prévenir de telles erreurs.

Conflit d'intérêt : Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Références

1. **Sanogo S, Diallo D, Kouma A et al.** Aspect radiologique inhabituel d'un textilome de découverte anatomopathologique. *J Afr Imag Méd* 2021; 13(1): 62 – 5.
2. **Foadéy MKS, Dossouvi T, Kanassoua K, Kassegne I.** Textilome abdominal : À propos d'un cas. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités* 2023 ; 17(2) : 32-5.
3. **Erguibi D, Hassan R, Ajbal M, Kadiri B.** Textilome abdominal, à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2015; 21:244. doi:10.11604/pamj.2015.21.244.7194
4. **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(3): 229-35. doi: 10.1056/NEJMsa021721.
5. **Alis H, Soyulu A, Dolay K, Kalaycı M, Ciltas A.** Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration. *World J Gastroenterol* 2007;13: 6605-7. DOI: [10.3748/wjg.v13.i48.6605](https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i48.6605).
6. **Fofana N, Soumaoro LT, Sangaré MP, Touré A, Diallo AT.** [Textilome pré-péritonéal : à propos d'un cas observe dans le service de chirurgie générale de l'hôpital National Ignace Deen de Conakry. Journal Africain de Chirurgie 2018 ; 5\(2\): 121 – 6.](#)
7. **Djokoa I, Tchuenkama LW, Mvondob P, Ndzia H, Boumala R, Bwelle GR.** [Persistance d'un Textilome Abdominal Pendant 20 Ans : à propos d'un cas et revue de la littérature. Health Res. Afr 2023; 1 \(1\): 33 – 6. Disponible sur : <http://hsd-fmsb.org/index.php/hra>.](#)

8. **Khan HS, Malik AA, Ali S, Naeem A.** Gossypiboma as a Cause of Intestinal Obstruction. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2014; 24 (3): S188-S189.
9. **Diop B, Niang MM, Ba PA et al.** Textilome abdominal sous deux aspects anatomocliniques distincts. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie 2017; 11 : 19 – 23.
10. **Mosrati MA, Toumi O, Jabra S et al.** Le textilome : aspects épidémiologiques, difficultés diagnostiques et implications médico-légales à propos de 5 cas.

Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités 2014; 8(1): 11 – 6.

ANNEXE

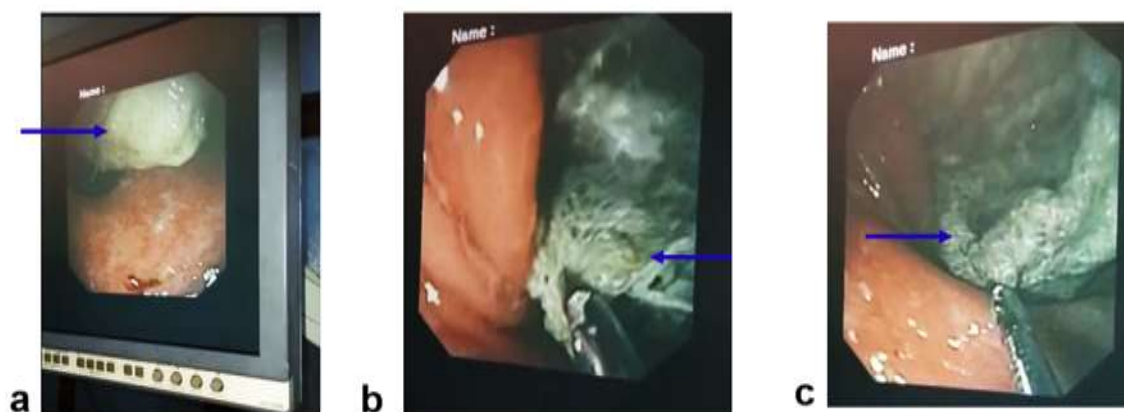


Figure1: images per endoscopiques visualisant une compresse (flèche) au niveau du pylore (a), avec tentatives d'extraction (b, c).



Figure2: images peropératoires, illustrant l'extraction du textilome (a, b) et la compresse retirée (c).