

LE TEXTILOME : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES ET IMPLICATIONS MÉDICO- LÉGALES : À PROPOS DE 5 CAS

*TEXTILOMA: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS, DIAGNOSTIC
PITFALLS AND FORENSIC IMPLICATIONS: ABOUT 5 CASES*

Par MA. MESRATI¹, O. TOUMI², O. HMANDI¹, S. JABRA², R. HADHRI³, N. HADJ SALEM¹,
A. ISSAOUI¹, F. NOOMEN², AF. ZAKHAMA³, A. CHADLI¹ & A. HAMDI²

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Introduction : Le textilome correspond à un corps étranger composé de compresse(s) ou de champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. C'est une complication post-opératoire très rare mais bien connue. Il peut mimer, tant sur le plan clinique que radiologique, un abcès ou une tumeur rendant ainsi son diagnostic difficile.

Objectif : Le but de cette étude est de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques du textilome et de discuter ses implications médico-légales à travers l'analyse de cinq cas.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur cinq cas de textilomes, colligés durant une période de 20 ans, dans le département d'anatomie et de cytologie pathologiques à l'hôpital universitaire Fatouma Bourguiba de Monastir

(Tunisie). Les corps étrangers non textiles ont été exclus de ce travail. Le recueil des données était effectué à partir des fiches du service d'anatomie et de cytologie pathologiques, des dossiers cliniques des patientes et des comptes rendus opératoires.

Résultats : L'âge moyen de notre population d'étude était de 55 ans avec une exclusivité féminine. Le délai de découverte du textilome était au-delà de six mois dans tous les cas avec un extrême allant à 24 ans. Des antécédents de chirurgie gynécologique ont été notés dans 3 cas et de chirurgie abdominale dans 2 cas. La sensation d'une masse palpable en intra-abdominale a motivé les patientes à consulter dans 4 cas. Aucun examen radiologique n'a permis de confirmer le diagnostic. Dans tous les cas, l'examen anatomopathologique de la masse prélevée a permis de faire le diagnostic.

Conclusion : Ce travail met l'accent sur les implications médico-légales du textilome qui reste toujours décrit dans la pratique des chirurgiens. La prévention nécessite l'éducation et la promotion des moyens techniques dans la salle opératoire.

1. Service de médecine légale, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

2. Service de chirurgie générale et digestive, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

3. Service d'anatomie et de cytologie pathologique, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

Auteur correspondant : Mohamed Amine Mosrati

Adresse : Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, Hôpital Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

Téléphone : 00216 50554425

E-mail : mesrati.amin@gmail.com

MOTS-CLÉS

Textilome, Chirurgie, Anatomie pathologique, Implications médico-légales.

ABSTRACT

Introduction: *Textiloma is a surgical complication resulting from foreign materials, such as a surgical sponge, accidentally left inside a patient's body. Its actual incidence is difficult to determine. It can often present, clinically or radiologically, similar to tumors or abscesses, with widely variable complications and manifestations, making diagnosis difficult.*

Objective: *This study aimed to stress out the diagnostic pitfalls and to discuss its medico-legal implications.*

Material and methods: *This study is retrospective including five cases of textiloma collected in the department of anatomy and cytology of the university hospital of Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisia) during a period of 20 years. Diagnosis was made after histological tests. Non-textile foreign bodies were excluded from this study. Data collection was summarized from files of anatomy and cytology department, clinical records of patients and operative reports.*

Results: *The average age of our study population was 55 years. All patients were female. The textiloma was discovered beyond six months in all cases with extreme up to 24 years. History of gynecological surgery was noted in 3 cases and abdominal surgery in 2 cases. Clinically, 4 patients consulted for intra-abdominal mass lesion. Radiologically, the diagnosis was misidentified in all cases. Therefore, histological examination of the removed mass helped to make the diagnosis.*

KEYWORDS

Textiloma, Surgery, Pathology, Medico-legal implication.

INTRODUCTION

Le textilome, également appelé « gossybipoma », est une complication post-opératoire très rare mais bien connue [1]. Il est utilisé pour décrire un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire [2-5]. C'est une complication de la chirurgie difficile à estimer [2]. La multiplicité et le manque de spécificité de ses présentations rendent son diagnostic difficile. La fréquence des textilomes rapportés dans la littérature est de 1/1 000 à 1/10 000 [6]. Cette fréquence est incertaine du fait de la difficulté diagnostique et de la réticence à la déclaration des cas asymptomatiques. La tomodensitométrie peut avoir un intérêt dans l'orientation diagnostique. Cependant, la confirmation

diagnostique se fait en per-opératoire ou à l'examen anatomo-pathologique. L'oubli d'une compresse dans le corps humain dans le décours d'une intervention chirurgicale, peut générer des complications médicales et médico-légales.

Le but de cette étude est de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques du textilome et de discuter ses implications médico-légales à travers l'analyse de cinq cas.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur cinq cas de textilomes colligés au service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de 20 ans (1994-2013). Dans tous les cas, c'est l'examen anatomopathologique qui a permis de confirmer le diagnostic. Seuls les cas présentant un textilome ont été inclus dans ce travail. Par ailleurs, les corps étrangers non textiles ont été exclus. Le recueil des données était effectué à partir des fiches du service d'anatomie et de cytologie pathologiques, des dossiers cliniques des patients et des comptes rendus opératoires. Dans chacune des observations, nous avons relevé les données concernant les interventions chirurgicales en cause, les manifestations cliniques et paracliniques ayant conduit à la découverte du textilome, de même que le délai de découverte.

RÉSULTATS

L'âge moyen de notre population d'étude était de 55 ans avec des extrêmes allant de 38 ans à 72 ans. Tous les patients étaient de sexe féminin. Des antécédents de chirurgie gynécologique ont été notés dans 3 cas et de chirurgie abdominale dans 2 cas. Le délai de découverte du textilome était au-delà de six mois dans tous les cas. Le délai le plus long était de 24 ans et a intéressé une femme âgée de 55 ans, opérée pour un kyste de l'ovaire. Le motif de consultation était une masse palpable dans 4 cas. Pour le dernier cas, une infection du site opératoire a motivé la patiente à re-consulter. Radiologiquement, l'aspect échographique n'était pas contributif au diagnostic du textilome. Il s'agissait de masse à contenu hyperdense dans deux cas (Figure 1), un épaissement pariétal dans un cas et une suspicion de récurrence tumorale dans un autre. L'échographie n'a pas été faite pour une patiente car la masse a été prise pour une hernie de la ligne blanche. L'examen macroscopique de la pièce opératoire a permis dans tous les cas de confirmer le diagnostic par la présence d'un champ opératoire ou de

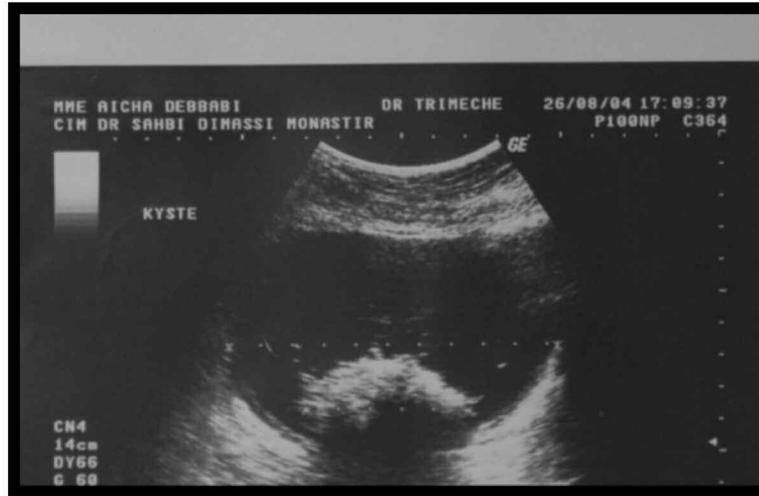


Figure 1 : Cas n° 1 : L'échographie montre une masse kystique qui mesure 14 cm de grand axe et qui contient un nodule hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur.

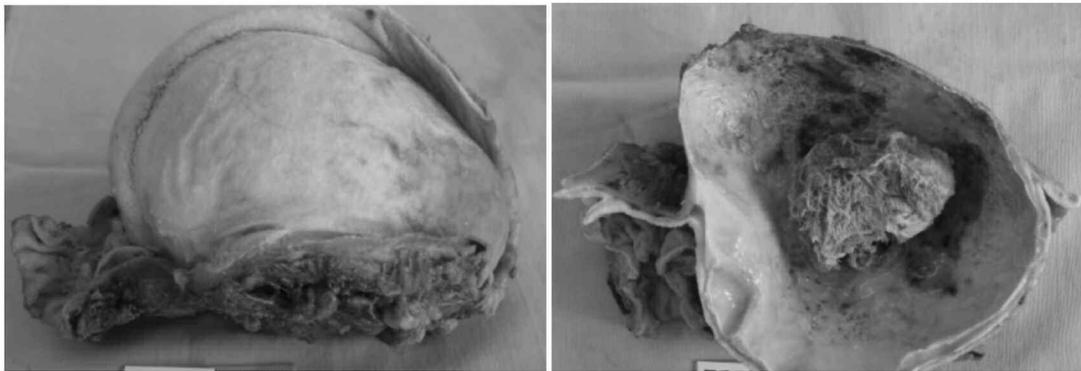


Figure 2 : Cas n° 1. A : la lumière gastrique est occupée par une masse rénitente de 12 cm de grand axe. B : à la coupe, la masse correspond à un kyste refoulant la paroi gastrique ayant un contenu purulent centré par une compresse.

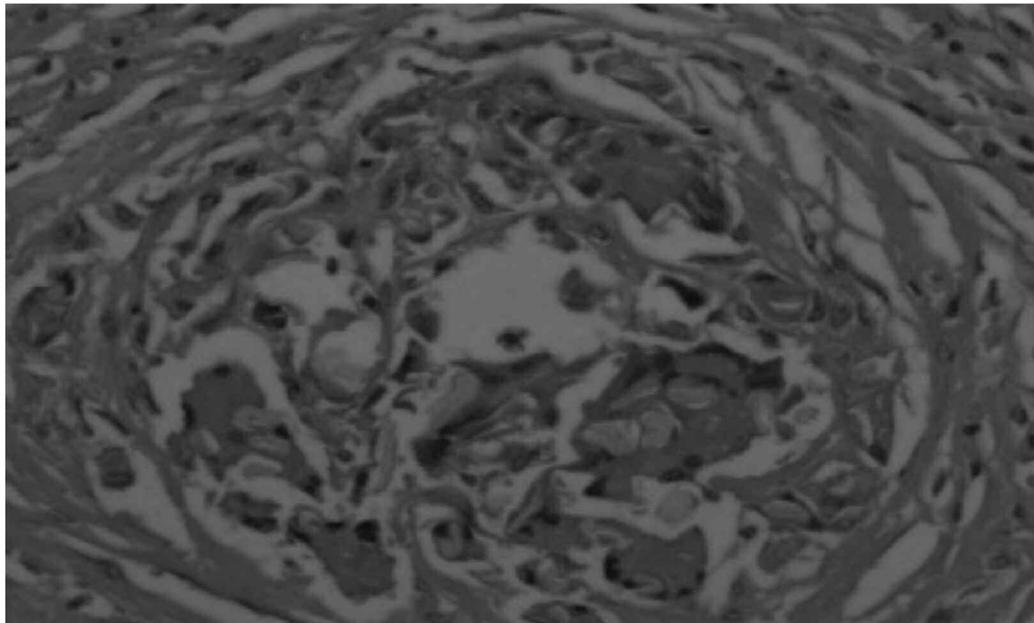


Figure 3 : L'examen histologique montre des cellules géantes multinucléées englobant des fils (HE x 200).



fibres de textile au sein de la masse prélevée (Figure 2). L'examen histologique a toujours conclu à un infiltrat inflammatoire polymorphe riche en cellules géantes de type à corps étranger entourant les fibres textiles (Figure 3). L'évolution post-opératoire était bénigne dans 4 cas. Une patiente âgée de 72 ans a été décédée à j3 post-opératoire dans un tableau d'insuffisance cardiaque aigue (Tableau 1).

DISCUSSION

La première publication médicale d'un corps étranger textile intra-abdominal est attribuée à Wilson en 1884 [4]. L'incidence réelle des textilomes est difficile à déterminer, d'une part en raison des réticences à signaler les cas découlant de crainte de répercussions juridiques [6] et d'autre part en raison de quelques formes asymptomatiques qui passent souvent inaper-

çues. Une étude Américaine a évalué l'incidence annuelle des textilomes aux Etats unis à environ 1 500 cas par an [8]. Kiernan a estimé, que des compresses sont accidentellement oubliées une fois toutes les 3 000 à 5 000 opérations chirurgicales [9]. La chirurgie initialement en cause fait une large part aux interventions digestives suivies par la gynécologie, puis la chirurgie urologique et vasculaire et enfin la chirurgie osseuse et du rachis. De rares cas de textilomes intracrâniens ont été aussi publiés [7]. Les chirurgies mini-invasives comme la coelioscopie ne sont pas concernées. Contrairement aux idées classiques, la chirurgie d'urgence à potentiel hémorragique n'est en cause que dans 1/3 des cas alors que l'essentiel des interventions, se compliquant de textilome, ont été programmées à froid et abordant les grandes cavités [8]. Un indice de masse corporel (IMC) élevé ou un événement imprévu tel qu'un traumatisme vasculaire survenant lors de la chirurgie constituent les autres facteurs de risque du « syndrome de la compresse oubliée ». Sur le plan physiopathologique, les fibres de textile

Tableau 1 : Résumé des cas cliniques.

| Cas | Age | Sexe | Antécédents chirurgicaux | Délai de découverte | Mode de découverte | Aspect radiologique | Aspect macroscopique | Histologie |
|-----|-----|------|---|---------------------|--|---|--|---|
| 1 | 72 | F | Cholécystite | 20 ans et 8 mois | masse épigastrique + épigastrie | masse gastrique pariétale de 14 cm de grand axe à contenu hyperdense | masse kystique remplie de pus centrée par une compresse | tissu de granulation riche en macrophages + cellules géantes multinucléées à corps étranger entourant des débris de compresse |
| 2 | 66 | F | Appendicite | 6 mois | douleur + issue de pus par la cicatrice de macburney | aspect épaissi de la paroi des anses grêliques associé à un épanchement en inter-anse et une infiltration de la graisse péritonéale | champ blanc au contact du coecum formant un abcès avec fistules multiples | infiltrat inflammatoire abondant et polymorphe avec présence de cellules géantes multinucléées de type à corps étranger |
| 3 | 38 | F | Accouchement par césarienne | 11 mois | hernie ombilicale | masse pelvienne de 10 cm de grand axe | coque fibreuse enrobant un textilome adhérent au jéjunum moyen | infiltrat inflammatoire riche en plasmocytes, macrophages et cellules géantes de type à corps étranger |
| 4 | 47 | F | opéré pour carcinome canalaire infiltrant du sein | 4 ans | masse en regard de la cicatrice opératoire | aspect évocateur d'une récurrence locale de la tumeur | masse bien limitée, blanchâtre, de consistance scléreuse centrée par une compresse | infiltrat macrophagique avec des cellules géantes de type à corps étranger entourant des fibres textiles |
| 5 | 55 | F | Kyste ovarien | 24 ans | hernie de la ligne blanche | non faite | masse bien limitée, blanchâtre, de consistance scléreuse centrée par une compresse | amas lymphoïdes avec macrophages et cellules géantes de type à corps étranger |

provoquent dès la 24^e heure une réaction inflammatoire avec exsudation suivie par la formation d'un tissu de granulation (8^e jour) laissant place à la fibrose qui s'organise à partir du 13^e jour. Ce corps étranger va subir soit un enkystement fibreux aseptique avec formation du granulome se manifestant habituellement par une masse palpable survenant des mois voir des années après l'intervention chirurgicale, soit il est le siège d'une réaction exsudative, conduisant à la formation d'abcès ou de fistule [9].

Les manifestations cliniques sont variées mais elles peuvent rester latentes. Le textilome se manifeste habituellement par un syndrome de masse et/ou des signes généraux. Dans notre série, une masse palpable de grandeur variable a motivé 4 patientes à consulter. Dans l'autre cas, une infection du site opératoire a permis de reprendre la cicatrice chirurgicale et la découverte du textilome. Les textilomes infectés se manifestent dans les premières semaines alors que les fistulisations nécessitent une évolution plus longue (de deux mois à deux ans) contrairement aux formes pseudo-tumorales qui sont tardives (au-delà de deux ans). Dans la littérature, le délai le plus long rapporté est de 67 ans après une néphrectomie [8]. Dans notre série, le délai le plus long rapporté est de 24 ans chez une femme âgée de 55 ans et qui a été opérée pour kyste de l'ovaire.

L'absence de signes spécifiques tant cliniques que radiologiques, rend le diagnostic souvent difficile avant la ré-intervention chirurgicale. Il peut être le résultat du hasard lors d'une laparotomie faite pour une autre cause. L'exploration chirurgicale par laparotomie ou coelioscopie permet de confirmer le diagnostic et d'extraire le corps étranger dans la majorité des cas. Cependant, certains rapports recommandant des méthodes alternatives ont récemment fait leur apparition dans la littérature [10]. Noshier et Siegel [11] ont décrit six patients chez qui une extraction percutanée a été effectuée avec succès pour le retrait de corps étrangers, y compris un textilome intra-abdominal. Ils ont conclu aux bénéfices de cette méthode qui a l'avantage d'éviter la chirurgie. Dans notre série, l'abord coelioscopie n'a pas été pratiqué et la laparotomie était la méthode de choix pour tous les opérateurs. Le diagnostic différentiel est fonction de la symptomatologie clinique et du temps de latence post-opératoire. En dehors d'un contexte occlusif où l'on peut envisager une occlusion sur bride, d'autres diagnostics peuvent être discutés : abcès à germes anaérobies, tumeur nécrosée, récurrence tumorale ou fécalome [12, 13]. La guérison est généralement la règle après ablation chirurgicale et drainage du foyer purulent [14]. Pour notre série, le décès est survenu dans un seul cas (cas n° 1) dû à la décompensation d'une insuffisance cardiaque en post opératoire. L'abstention peut être aussi un choix en fonction des cas. La transformation maligne secondaire à une réaction à un corps étranger dans le cadre d'un textilome

est exceptionnelle [15]. Seuls deux cas signalant un développement du cancer comme une complication de textilome ont été publiés [16].

Le textilome est source de nombreux problèmes médico-légaux. Le fait d'oublier un corps étranger (compresse, champ...) lors d'une intervention chirurgicale constitue le plus souvent une faute pour le juge d'autant plus que ses conséquences peuvent être graves pour la santé du patient. Les missions types en responsabilité médicale sont difficiles. L'expert doit recueillir toutes les données lui permettant de qualifier une faute dans la prise en charge du patient : avant l'intervention, lors de l'intervention ou en post-opératoire. Les compresses arrivant sur le champ opératoire doivent être recomptées avant d'entamer l'acte chirurgical. Il ne faut pas se fier au conditionnement car il arrive qu'un paquet présumé contenir 20 compresses ne contienne en réalité que 19 ou 21. En per-opératoire, les compresses ayant une fonction de tamponnement ou d'hémostase doivent être de grande taille et munies d'un fil de repérage monté sur pince qui sera placé en dehors de la plaie opératoire. Le médecin doit veiller aussi au respect du plus grand calme de façon à permettre de travailler avec sérénité. Plus l'on se trouve dans l'urgence et l'agitation, plus le risque d'oubli est important. D'autre part, l'expert aura à identifier une inexactitude du geste opératoire, une difficulté de maîtrise d'un saignement par tamponnement ou un non-respect des consignes qui peuvent compromettre le déroulement de l'opération conformément aux données de l'art et aboutir d'une façon ou autre à laisser involontairement un champ textile dans le champ opératoire. Une fois l'acte est terminé et avant de fermer la plaie, le chirurgien doit de nouveau compter les compresses stériles encore présentes dans l'environnement stérile opératoire et celles usagées, jetées. Le nombre total de compresses retrouvées en fin d'intervention est comparé au nombre de compresses comptées avant et durant l'intervention. Si le compte n'est pas correct, une vérification par radiographie est indispensable. Le radiologue doit être averti de l'objet de la recherche. Enfin, toute anomalie clinique ou biologique dans l'évolution du patient (VS, CRP, écoulement, douleur...) doit provoquer de nouveaux examens centrés sur le problème [17].

La constatation d'un textilome met toujours en cause la responsabilité du chirurgien tant sur le plan civil que pénal car c'est une faute personnelle involontaire. En droit commun tunisien, la mise en jeu de la responsabilité civile nécessite la réunion de l'existence d'un dommage subi, d'une faute commise et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. Le chirurgien est condamné alors pour indemnisation de la victime ou des ses ayants droit. L'indemnisation est à la charge du chirurgien ou de son assurance professionnelle personnelle. Le chirurgien peut aussi s'exposer à des sanctions pénales, lorsque les faits qui lui sont reprochés sont susceptibles de constituer une infra-

ction [18, 19]. On peut citer les coups et blessures involontaires par inattention (article 225 du code pénal tunisien) et l'homicide involontaire (article 217 du code pénal tunisien). En établissement public, le chirurgien peut être traduit sur la base de sa faute professionnelle devant le conseil de discipline relevant du ministère de la santé publique. Dans notre série, le décès est survenu dans un seul cas (cas n° 1). La cause de la mort était attribuée à une décompensation cardiaque post-opératoire. Entre le décès et l'intervention chirurgicale est rapportée une chaîne d'événements dont la succession est importante à considérer lors de l'étude du lien de causalité. La présence d'état antérieur (insuffisance cardiaque dans ce cas) fait entrer le mécanisme mortel dans un processus d'aggravation plutôt que de genèse initial. La responsabilité serait de ce fait « atténuée ». Sur le plan du raisonnement juridique, la théorie de la causalité adéquate serait la plus adoptée. Ainsi, les magistrats seraient tenus au raisonnement suivant : « s'il n'y avait pas eu de textilome, il n'y aurait pas d'intervention chirurgicale et donc pas de complications post-opératoires notamment pas de décompensation cardiaque ». En cas de chirurgies multiples, le problème se pose pour la responsabilité du dernier opérateur. La compresse a-t-elle été oubliée lors de la dernière intervention ou plus tôt encore ? Or, un même site chirurgical peut avoir été abordé par deux opérateurs différents à plus de dix ans d'intervalle. Il appartient à la victime de démontrer quelle intervention est à l'origine du dommage.

CONCLUSION

L'utilisation systématique de compresses marquées, le compte systématique de compresses, le fait de penser au diagnostic de textilome et d'en faire le diagnostic différentiel de toute masse chez un patient antérieurement opéré... Toutes ces mesures peuvent permettre de maîtriser le risque d'erreur humaine. Mais aucune ne peut formellement et à coup sûr éviter ce risque. Pour diminuer les risques chirurgicaux, l'OMS a édité une checklist des procédures à mettre en œuvre de façon systématique dans tous les blocs chirurgicaux pour tous les types d'interventions. ■

Conflit d'intérêt : aucun.

RÉFÉRENCES

- [1] Buy JN., C. Hubert, MA. Ghossain, L. Malbec, JP. Bethoux, J. Ecoiffier. 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 roentigenol.* 2003;180(2): 481-9.
- [3] Deborshi S., Arvind P., Ashutosh T., Ram Chandra S., Vijay K. Unconsidered cause of bowel obstruction gossypiboma. *J Can Chir* 2008;51:2.
- [4] Madhusundhan KS., Madan R., Shad P. Gossypiboma causing intestinal obstruction. *Clinics ReschHepatol Gastroenterology* 2012;36:400-1.
- [5] Mir AA., Ajaz H., Syed Mohammed G. Gossypiboma: A case report. *Indian J Surg* 2012; 74(2):177-8.
- [6] Grienten M., Van Poppel H., Baert L. et al. Renal pseudotumor due to retained perirenal sponge : CT features. *J. Compt. Assist Tomogr* 1992;16:305-7.
- [7] Nassar I., Mahi M., Semlali S., Elquessar A., Chakir N., Elhassani M. et al. Textilome intracranien. A propos d'un cas. *J neuroradiol* 2004,31:148-49.
- [8] Van Goethem JW., Parizel PM., Perdieu D., Hermans P., de Moor J. Mr and ct imaging of paraspinal textiloma (gossypiboma). *J Comput Assist Tomogr.* 1991; 15(6):1000-3.
- [9] Israel C., Chambi MD., Ronald R., Tasker MD., Fredgentili MD., et al. Gauze-induced granuloma (gauzoma): an uncommon complication of gauze reinforcement of berry aneurysms. *J Neurosurg.* 1990; 72:163-70.
- [10] Gencosmanoglu R., Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: gossypiboma—case report. *BMC Surg* 2003;3:6.
- [11] Noshier JL. and Siegel R. : Percutaneous retrieval of non-vascular foreign bodies. *Radiology* 1993;187: 649-651.
- [12] Guiard J.M., Bonnet J.C., Boutin J.P., Plane D., Guilleux M.H., Delorme G. « Textilome » : aspect tomographique. A propos d'un cas. *Ann Radiol* 1989;31(1):49-52.
- [13] Kopka L., Fischer U., Gross A., Funke M., Oesmann J. and Grabbe E. CT of retained surgical sponges (textilomas) : pitfalls in detection and evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20(6):919-23.
- [14] Néel JC., Cussac JB., Dupas B., Letessier E., Borde L., Eloufir M. et al. Textilomes: a propos de 25 cas et revue de littérature. *Chirurgie* 1994;120(5):272-6.
- [15] Okada F. Beyond foreign-body-induced carcinogenesis: Impact of reactive oxygen species derived from inflammatory cells in tumorigenic conversion and tumor progression. *Int J Cancer* 2007;121:2364-72.
- [16] Nishida T., Nishiyama N., Kawata Y., Yamamoto T., Inoue K., Suehiro S.: Mediastinal malignant fibrous histiocytoma developing from a foreign body granuloma. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;53:583-6.
- [17] Association of Perioperative Registered Nurses: AORN : Recommandes Practicies Committee. Standard Recommended Practicies and Guideline : Recommended Practicies for spnges, charp and instrument counts. AORN 2005.
- [18] Monika G., Aggarwal AD. A Review of Medicolegal Consequences of Gossypiboma. *J Indian Acad Forensic Med* 1993; 32(4):358-61.
- [19] Tumer AR., Yasti AC. Medical and legal evaluations of the retained foreign bodies in Turkey. *Leg Med (Tokyo).* 2005;7(5):311-3.