



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Aspect radiologique inhabituel d'un textilome de découverte anatomopathologique

Unusual radiological appearance of a textiloma diagnosed on pathology.

SANOGO Souleymane^{1,5}, DIALLO Diakaridia², KOUMA Alassane^{1,5}, NGONGA Richard², CISSE Issa^{1,5}, GUINDO Ilias^{3,5}, DIARRA Issa³, SIDIBE Siaka^{4,5}

1. Service de radiologie, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Bamako, Mali
2. Clinique Médico-chirurgicale de la Paix de Libreville, Gabon
3. Service de radiologie, CHU de Kati, Mali
4. Service de radiologie, CHU du Point G, Bamako, Mali
5. Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Bamako, Mali

Mots-clés :

textilome; gossypibome; échographie; tomodynamométrie; kyste intrapéritonéal.

Keywords:

textiloma; gossypiboma; ultrasound; computed tomography; intraperitoneal cyst.

Auteur*correspondant**

Dr SANOGO
Souleymane
Email :
letjou123@gmail.com
ou ssoul123@yahoo.fr
Tél : 0022365281493

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'un textilome intrapéritonéal de diagnostic radiologique fortuit et déroutant. Le but était de souligner les difficultés du diagnostic radiologique dans ce cas précis. Il s'agissait d'une dame de 38 ans avec des antécédents de quatre césariennes dont la dernière en 2012. Elle était reçue à la clinique médico-chirurgicale de la Paix de Libreville le 10/01/2020 pour une métrorragie évoluant quatre mois environs. L'examen physique a retrouvé une pâleur conjonctivale, un utérus augmenté de taille et une découverte fortuite d'une masse dans le flanc droit. Une exploration échographique et tomodynamométrique abdominopelvienne a conclu à un kyste intrapéritonéal et un myome utérin sous-muqueux. L'exérèse chirurgicale de la masse kystique avec étude histopathologique a conclu à un textilome. Le diagnostic radiologique d'un textilome peut être déroutant notamment dans les formes évoluées enkystées comme le cas rapporté ici. La confirmation diagnostique à ce stade d'évolution reste histopathologique.

ABSTRACT

We report the case of an intraperitoneal textiloma of incidental and confusing radiological diagnosis. The aim was to highlight the difficulties of radiological diagnosis in this specific case. It was a 38-year-old lady with history of four caesareans, the last of which was in 2012. She was received at the medico-surgical clinic of Peace in Libreville on 01/10/2020 for a metrorrhagia evolving around four months. Physical examination found conjunctival pallor, an enlarged uterus and a lucky find of a mass in the right flank. An abdominopelvic ultrasound and CT scan concluded that an intraperitoneal cyst and a submucosal uterine myoma. Surgical excision of the cystic mass with histopathological study concluded to a textiloma. The radiological diagnosis of a textiloma can be confusing, especially in advanced encysted forms as the case reported here. The diagnosis of confirmation at this stage of evolution remains histopathological.

1. Introduction

Le textilome, également appelé « gossybipome » désigne communément un corps étranger, compresse ou champ opératoire, laissé involontairement au cours d'une intervention chirurgicale [1,2]. C'est une complication post-opératoire très rare mais bien connue [2].

Cet oubli d'un corps étranger dans la cavité péritonéale représente une complication chirurgicale iatrogène redoutable dont la fréquence varie de 1/1 000 à 1/10 000 dans la littérature [1,3]. 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 [2].

L'oubli d'une compresse dans le corps humain dans le décours d'une intervention chirurgicale, peut générer des complications médicales et médico-légales [2].

Nous rapportons le cas d'un textilome intrapéritonéal de diagnostic radiologique fortuit et déroutant. Le but de ce travail était de souligner les difficultés du diagnostic radiologique dans ce cas précis.

2. Observation (s)

Il s'agissait d'une dame âgée de 38 ans avec des antécédents de quatre césariennes dont la dernière en 2012 soit 8 ans environs. Elle a été reçue à la clinique médico-chirurgicale de la Paix de Libreville (Gabon) le 10/01/2020 pour une métrorragie dont le début remontait à quatre mois environs.

L'examen physique a retrouvé un état général conservé avec une pâleur conjonctivale. L'abdomen était globuleux avec une masse palpable non douloureuse au niveau du flanc droit de découverte fortuite. L'examen gynécologique révélait un saignement à travers l'orifice cervical externe et un utérus augmenté de taille.

Sur le plan biologique, la numération de formule sanguine a objectivé une anémie avec un taux d'hémoglobine à 10,4g/dl. Le taux d'hématocrite était à 32,4%. Les analyses hémostatiques,

biochimiques, immunologiques et sérologiques étaient sans particularité.

La masse palpable cliniquement au niveau du flanc droit et de découverte fortuite a motivé l'indication d'une échographie abdominopelvienne.

L'échographie abdominopelvienne a objectivé une image anéchogène de probable origine péritonéal mesurant 141x145x104mm à parois fines, sans cloisons internes et renfermant une image mobile hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur (**Figure 1**).



Figure 1: Coupes échographiques illustrant une formation kystique (traits bleus en pointillés) renfermant une image hyperéchogène (flèches jaunes) avec cône d'ombre postérieur (Flèches blanches en pointillés).

Le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie et les ovaires étaient sans anomalie. L'utérus était augmenté de taille mesurant 110x103x60mm, d'échostructure hétérogène avec une image sous-muqueuse évoquant un myome sous-muqueux. L'exploration échographique a conclu à un kyste péritonéal probable.

Au vu du résultat échographique, une exploration tomodensitométrique abdominopelvienne a été réalisée sans et après injection intraveineuse d'un produit de contraste iodé. Elle a objectivé une formation kystique hypodense de 8 UH (Unité de Hounsfield) aux dépens de la graisse péritonéale occupant le flanc droit, contours nets, réguliers et paroi fine. Elle renfermait une hyperdensité spontanée déclive, aux contours flous et sans rehaussement après l'injection du produit de contraste. Il s'y associe à un refoulement des anses intestinales (**Figure 2**). Aucun signe d'envahissement locorégional n'a été observé.

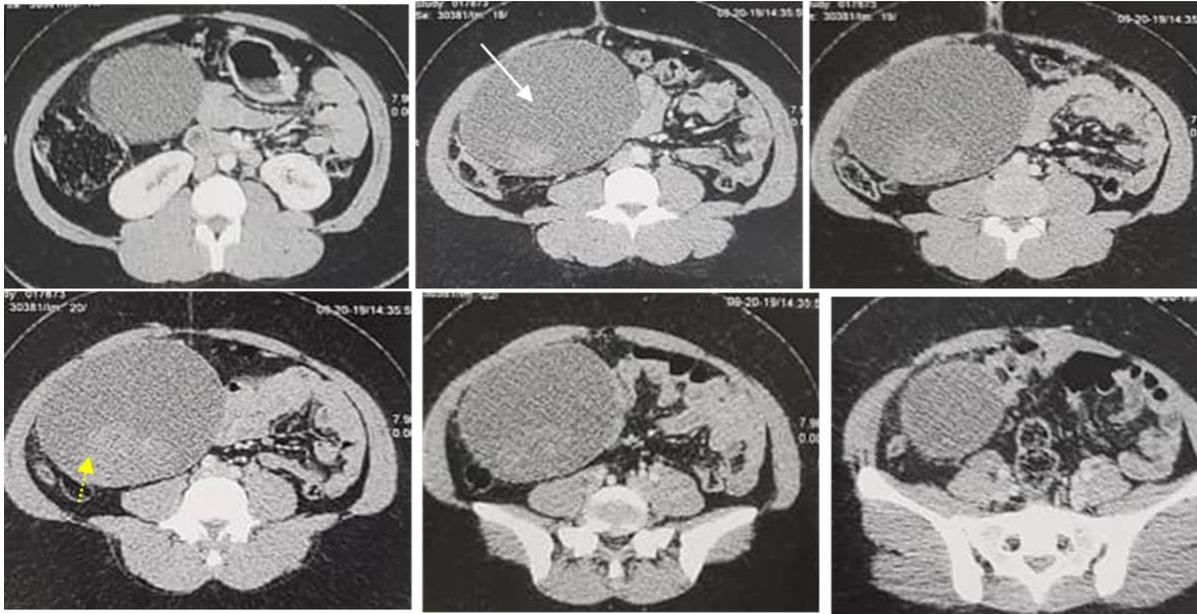


Figure 2: Coupes axiales tomodensitométriques abdominales objectivant la formation kystique (flèches blanches) renfermant une hyperdensité spontanée déclinée (flèches jaunes en pointillés).

Une laparotomie a confirmé la présence d'une volumineuse masse kystique intra-péritonéale. Une ablation totale de la masse et une myomectomie ont été faites (**figure 3**). Les suites opératoires étaient simples.



Figure 3: Image photographique de la pièce opératoire kystique.

La pièce opératoire kystique a été soumise à un examen histopathologique. A la macroscopie il s'agissait d'un fragment cavitaire de 1060 grammes mesurant 20x17x11cm. A la section, la paroi était

fine et contenait un liquide visqueux renfermant de nombreuses compresses.

L'étude histologique a objectivé un granulome de résorption à corps étranger formé au tour des compresses sans malignité.

3. Discussion

Le textilome ou gossypipome est une lésion formée suite à l'oubli d'un corps étranger textile lors d'une intervention chirurgicale. Le terme plus académique de gossypipome témoigne de la réaction inflammatoire induite par un corps textile au contact des tissus qui aboutit à la constitution d'un granulome inflammatoire [3].

C'est une complication postopératoire rare ubiquitaire dans l'organisme à découverte généralement tardive [4]. C'est le cas de notre patiente chez qui la date de la dernière intervention chirurgicale remontait à 8 ans.

Cette complication rare survient environ une à trois fois sur 10 000 interventions chirurgicales. Les textilomes intrapéritonéaux et gynécologiques sont les plus fréquemment rapportés [5].

Cependant Doh et al ont rapporté un cas de textilome rénal simulant une tumeur [5]. Le cas que

nous rapportons avait une localisation intrapéritoneale et des antécédents d'interventions chirurgicales gynécologiques.

La clinique d'un textilome est peu spécifique. L'anamnèse peut apporter des éléments orientateurs [4]. Le cas rapporté par les auteurs était admis pour une métrorragie justifiée par la présence d'un noyau myomateux utérin sous-muqueux à l'échographie. Aucun élément clinique suggestif n'a été retrouvé notamment pas de douleur abdominale ni de troubles digestifs.

Le diagnostic repose sur les moyens d'imagerie médicale tels que l'abdomen sans préparation(ASP), l'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces deux derniers moyens sont les plus précis dans la plupart des cas.

L'image caractéristique est un aspect spongiforme avec présence de bulles d'air extra-digestives ou intra-lésionnelles sans notion d'infection [4, 6,7]. Ces bulles d'air correspondent à l'air enchâssé dans les mailles d'une compresse en coton [6,7].

Cette image est toutefois inconstante comme chez notre cas où elle mimait une formation kystique avec des calcifications internes à l'échographie. A la tomodensitométrie elle renfermait une hyperdensité spontanée mimant une hémorragie intra-kystique. Le diagnostic radiologique retenu était un kyste intrapéritonéal du flanc droit d'allure bénigne.

Du point de vue physiopathologique les fibres du textile délaissé dans la cavité abdominale provoquent une réaction inflammatoire avec exsudation connue sous le terme de «gossypibome» dès la 24ème heure [8].

Cette inflammation crée des adhérences au contact des tissus et engendre la constitution d'un granulome inflammatoire vers le 8ème jour [9]. 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 et même se calcifier avec une tolérance parfois très longue [9,10].

Ce processus d'enkystement explique l'image kystique observée chez notre patiente. A ce stade d'évolution, la confirmation histopathologique d'un

textilome s'avère nécessaire comme dans notre observation. La tolérance du tableau par la patiente au fur du temps expliquerait le retard du diagnostic.

4. Conclusion

Le diagnostic radiologique d'un textilome peut être déroutant notamment dans les formes évoluées enkystées comme le cas rapporté ici.

La confirmation diagnostique à ce stade d'évolution reste histopathologique.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Mouafo Tambo F.F, Andze G. Le textilome intra-abdominal chez la femme: à propos de deux observations cliniques en milieu africain. Clin Mother Child Health 2006;3(1):497-500.
2. Mesrati M A, Hammedi F, Abdejelil N, Hadhri R, Hajsalem N, Boughattas M, Njim L, Moussa A, Zakhama A. Une pseudo-tumeur inhabituelle: le textilome à propos de 5 cas. La Tunisie médicale 2015:1-12.
3. Driss E, Robleh H, Mohamed A, Bouchaib K. Textilome abdominal, à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2015; 21:244.
4. Cohen PK, Kotobi H, Weber N, Merran S. Textilome abdominal. J Radiol 2004;85:17-20.
5. Doha K, Thiama I, Takina RCA, Bissiroub I, Woto GG. Un cas de textilome renal simulant une tumeur de découverte anatomopathologique. African Journal of Urology 2017;23:364–367.
6. Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G, Saad H, Hussein H, AbouSleimane C, et al. Aspects radiologiques des textilomes. J Radiol 2001;82:913–116.
7. Saadi A, Bouzouita A, Kerkeni W, Ayed H, Ben Miled A, Cherif M. Une masse abdominale. Rev Med Interne 2016;2:10-16.
8. Lebeau R, Diane B, Amania, Kouassi JC. Les corps étrangers après chirurgie abdominale. A propos de 12 observations. Mali Médical 2004 ; 14 ; 304 : 8 – 12.
9. Sturdy JH, Boird R, Gerein A. Surgical sponges: a cause of granuloma and adhesion formation. Ann Surg 1967; 165: 128 – 134.
10. Braude P. Encysted gossypidoma of the lesser omuntum: complementary aspect of echography and CI. J Belge Radiol 1992;75:125 –128.