

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Défécation après migration transmurale colique d'un tampon abandonné lors d'une intervention abdomino-pelvienne

O. WÉRY (1), M. BIHIN (2)

RÉSUMÉ : Nous rapportons un cas de migration transmurale complète à travers la paroi colique, suivie de la défécation spontanée, d'un tampon abandonné dans la cavité abdominale (gossypibome) au cours d'une hystérectomie vaginale avec annexectomie. Le processus résulte de l'encapsulation du tampon et de la fistulisation au travers de la paroi colique. L'absence de troubles fonctionnels après défécation de la gaze peut s'expliquer par le fait que soit la fistule s'est refermée dans un délai court, soit la compresse a été retenue temporairement dans un repli colique. Le diagnostic repose sur l'échographie et le CT scan.

MOTS-CLÉS : Corps étranger - Gossypibome - Migration transmurale colique - Défécation

DEFECATION AFTER COLIC TRANSMURAL MIGRATION OF A GAUZE PAD LEFT BEHIND DURING ABDOMINO-PELVIC SURGERY

SUMMARY : We report a case of complete transmural migration through the colic wall, followed by spontaneous defecation, of a surgical sponge left behind in the abdominal cavity (gossypiboma) during a vaginal hysterectomy with oophorectomy. The process results from encapsulation of the surgical sponge with fistulization through the colic wall. No functional damage followed this defecation because either the fistula closed early, or the sponge remained temporarily entrapped in a colic fold. The diagnosis was based on echography and computed tomography.

KEYWORDS : Foreign body - Gossypiboma - Colic transmural migration - Defecation

INTRODUCTION

Le *gossypibome*, ou *textilome*, décrit un corps étranger, comprenant une matrice textile et entouré d'une réaction granulomateuse, que l'on a laissé accidentellement à l'intérieur de l'abdomen d'un patient en cours d'intervention. Il s'agit d'une complication rare puisqu'elle ne survient que dans un cas sur 1.000 à 10.000 dans les interventions intra-abdominales (1).

Seuls, 8 cas, y compris celui-ci, rapportent la migration transmurale, vers la lumière colique, suivie de l'expulsion autonome par défécation d'un corps étranger, avec disparition spontanée des symptômes et absence de lésions résiduelles (fistule) au niveau des parois des organes traversés. Aucun recours à la chirurgie n'a été recommandé (tableau I).

CAS CLINIQUE

La patiente, âgée de 54 ans, ayant des antécédents d'annexectomie gauche, est suivie pour ménométrorragies, dysménorrhée et kyste de 5 cm sur l'ovaire restant. En confrontant l'imagerie et la clinique, le diagnostic de fibromatose et d'adénomyose utérines avec présence d'un kyste dermoïde est retenu. L'intervention d'hystérectomie et d'annexectomie est réalisée en rencontrant des difficultés de dissection. L'ou-

verture du cul de sac postérieur, d'une part, et l'annexectomie de l'ovaire restant, d'autre part, sont rendues difficiles par la présence de nombreuses adhérences au niveau sigmoïdien. Le recours à des compresses plombées ainsi qu'à un tampon non plombé d'une longueur de 80 cm est rendu nécessaire pour s'interposer entre le champ opératoire et les structures digestives. Ce tampon a probablement été refoulé avec les anses digestives et laissé en intra-péritonéal avant la repéritonisation et la fermeture vaginale.

Dans les suites opératoires, et les mois qui suivent, la patiente présente un inconfort digestif avec phénomènes de constipation, peu améliorés par les traitements classiques. Elle n'a jamais eu de fièvre.

Six mois après l'opération, elle est admise aux urgences en état de subocclusion. Les examens confirment une subocclusion au niveau du grêle. À la tomodynamométrie, on observe l'accolement des anses grêles à la paroi du sigmoïde. Le diagnostic retenu est celui de diverticulite sigmoïdienne. À noter que le radiologue n'a pas évoqué la possible présence d'un textilome, car le tampon, non plombé, n'était pas visible radiologiquement.

La patiente ne présentant pas de fièvre, une sonde naso-gastrique est mise en place et une résolution spontanée de l'état subocclusif est observé. Un retour au domicile, sous surveillance attentive par le médecin traitant, est alors décidé.

(1) Chef de Service, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHC St-Vincent, Rocourt.

(2) Étudiant, Université Catholique de Louvain.

TABLEAU I. MIGRATION ET EXPULSION AUTONOME (DÉFÉCATION) DE CORPS ÉTRANGERS. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Pays de l'auteur	Inde (10)	Corée du sud (7)	Pays-Bas (11)	Allemagne (12)	Japon (13)	Pologne (1)	Pologne (1)
Âge en année	19	29	39	39	50	60	76
Sexe	M	F	F	M	F	F	F
Procédure chirurgicale initiale	Laparotomie exploratrice	Césarienne	Césarienne	Cholécystectomie	Césarienne + hystérectomie	Cholécystectomie laparoscopique	Hystérectomie + annexectomie
Hémorragies durant la chirurgie	+	Pas d'info	+	Pas d'info	Pas d'info	+	Pas d'info
Durée de la migration	16 mois	3 mois	4 mois	4 ans	Pas d'info	26 semaines	6 ans
Site de migration	Angle splénique de côlon	Côlon ascendant	Sigmoïde	Angle hépatique du côlon	Sigmoïde	Angle hépatique du côlon	Iléon avec fistulisation au sigmoïde
Taille en cm du corps étranger	5*13	5*6	40*60	Serviette chirurgicale	5*5	30*65	5*4
Marqueur RX	Pas d'info	+	+	Pas d'info	+	-	-
Douleurs	Modérées, intermittentes	Coliques	-	Modérées, intermittentes	Diarrhées	-	Diarrhées
Examen abdominal	Tendu, gonflé	Tendu, gonflé	Gonflé	Normal	Normal	Normal	Normal

L'évolution clinique, par rapport aux douleurs et à l'inconfort abdominal, se fait en dents de scie jusqu'au 9^{ème} mois post-opératoire quand la patiente défèque une bandelette de gaze correspondant au tampon mis en place en cours d'intervention. Ce tampon mesure 5 cm de large et 80 cm de long (fig. 1). Depuis cet incident, la patiente est asymptomatique, l'évacuation s'étant réalisée sans complication



Figure 1. Tampon déféqué par la patiente (largeur : 5cm; longueur : 80cm)

concomitante. Une rectoscopie, réalisée dans les quinze jours qui ont suivi l'évacuation de la bandelette, ne décèle aucune lésion au niveau de la paroi qui semble être restée intacte, ou avoir recouvré son intégrité.

DISCUSSION

Lorsqu'un corps étranger est introduit à l'intérieur de la cavité abdominale, l'organisme déclenche une réaction immunitaire contre corps étranger. Deux types de réaction peuvent se produire : 1) soit, une réaction aseptique fibrineuse qui crée des adhérences et une encapsulation résultant en la formation d'un granulome; 2) soit, une réaction exsudative conduisant à la formation d'un abcès, avec ou sans surinfection, et création d'une fistule vers une lumière. En l'absence d'infection, quelle que soit la réaction engendrée, le corps étranger peut rester asymptomatique pendant plusieurs années (2, 3, 4).

Les gossypibomes peuvent se localiser dans les cavités corporelles où une intervention chirurgicale a lieu (4).

Dans la majorité des cas, ils provoquent obstruction intestinale, abcès et formation d'une

fistule allant jusqu'au choc septique (3). La plupart des symptômes sont dépendants de la localisation du corps étranger et, dans certaines situations, ils peuvent rester totalement asymptomatiques (4). Un certain nombre d'observations rapportent la migration du gossypibome vers la cavité d'un organe creux (vessie, trachée, estomac, intestin grêle, côlon, vagin,...). Dans de tels cas, les symptômes découlent d'une obstruction s'opposant au flux à l'intérieur de ces organes (urine, selles, air, bol alimentaire...) (4).

L'intestin est le site le plus fréquemment atteint en raison de la relativement grande surface du tube digestif et au caractère peu épais de sa paroi qui offre moins de résistance au passage transmural. L'estomac est une localisation plus exceptionnelle en raison de sa surface externe relativement petite. Il est aussi situé plus haut dans l'abdomen et sa paroi est plus épaisse. Si un gossypibome se retrouve dans la lumière gastrique, le tableau clinique et biologique peut être celui d'une pancréatite ainsi que d'une obstruction gastrique (vomissements et amaigrissement) (5).

Au niveau abdominal, les signes cliniques peuvent comporter des douleurs aspécifiques, des états de subocclusion, voire d'occlusion intestinale, la présence d'une masse palpable, des nausées, des vomissements et une distension abdominale (4).

Au niveau thoracique, les symptômes se présentent sous forme de douleurs scapulaires ou thoraciques, de toux, d'hémoptysie, de faible fièvre, ou d'expectorations bilieuses. Les caractéristiques cliniques et radiologiques des gossypibomes intrathoraciques sont variables en fonction de l'emplacement et de la localisation et de la durée de rétention de ceux-ci dans la cavité thoracique. Les deux sites les plus fréquents sont les cavités pleurale et péricardique (4).

Les gossypibomes sont le plus souvent observés chez des sujets obèses, à l'occasion d'opérations effectuées en urgence et après les interventions laparoscopiques (6).

Le seul traitement radical est le retrait chirurgical du corps étranger, à l'exception des 8 cas cités où l'expulsion s'est faite spontanément.

Deux mécanismes pourraient expliquer l'absence de lésions de fistulisation lors de la migration transmural d'une compresse : la fistule pourrait s'être refermée spontanément; le corps étranger pourrait aussi avoir été retenu pendant une certaine durée dans un repli de la

lumière intestinale, laissant ainsi le temps à la fistule de se refermer avant l'expulsion (7).

Le diagnostic radiologique de corps étrangers sans marqueurs radio-opaques peut être extrêmement difficile. En présence d'une suspicion clinique, l'échographie peut fournir des indices de présence d'un corps étranger, mais c'est le scanner spiralé qui confirme généralement le diagnostic (3).

Le scanner spiralé permet un diagnostic topographique préopératoire précis. Il réalise, dans le même temps, une exploration complète de la cavité abdominale à la recherche de complications (fistules, pneumopéritoine, abcès) (8).

La masse kystique (organisée autour du gossypibome) est bien définie et présente un aspect interne spongiforme et marbré avec des bulles de gaz dispersées et une capsule hyperdense, formée de couches concentriques dans lesquelles on observe des calcifications murales tachetées et/ou réticulées. Les bulles de gaz ont été prises au piège entre les fibres synthétiques et ne proviennent pas d'une fissure éventuelle de la paroi intestinale. Elles peuvent disparaître avec le temps (7).

L'échographie visualise une masse, bien limitée, hyperéchogène, avec atténuation acoustique postérieure souvent causée par le matériel retenu, les régions calcifiées dans le gossypibome ou des poches d'air. Elle met également en évidence l'aspect oedémateux de la paroi colique (3, 4).

À l'IRM, l'intensité du signal peut varier en fonction de la composition histologique, le stade et la teneur en fluide de la pseudotumeur. Un tampon retenu est généralement en hyposeñal sur les images pondérées en T1 et en hypersignal sur les images en T2, avec des figures d'ondulations, de rayures et de pois (4).

CONCLUSION

Le diagnostic différentiel des troubles digestifs persistant durant l'évolution postopératoire ne peut omettre la présence d'un corps étranger, même radiologiquement non opaque. Si l'état clinique le permet, l'expectative reste possible. L'issue favorable spontanée est toujours souhaitable vu le faible taux de complications à moyen terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Erbay G, Koç Z, Caliskan K, et al.— Imaging and clinical findings of a gossypiboma migrated into the stomach. *Turk J Gastroenterol*, 2012, **1**, 54-57.
2. Modrzejewski A, Kiciak A, Sledz M, et al.— Migration of a foreign body into the colon and its autonomous excretion. *Med Sci Monit*, 2011, **17**, CS34-38.
3. Godara R, Marwah S, Karwasra RK, et al.— Spontaneous transmural migration of surgical sponges. *Asian J Surg*, 2006, **1**, 44-45.
4. Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, et al.— Imaging of gossypibomas : pictorial review. *Am J Roentgenol*, 2009, **193**, S94-101.
5. Akbulut S, Arikanoğlu Z, Yagmur Y, et al.— Gossypibomas mimicking a splenic hydatid cyst and ileal tumor : a case report and literature review. *J Gastrointest Surg*, 2011, **11**, 2101-2107.
6. Alis H, Soylu A, Dolay K, et al.— Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration. *World J Gastroenterol*, 2007, **13**, 6605-6607.
7. Choi JW, Lee CH, Kim KA, et al.— Transmural migration of surgical sponge evacuated by defecation: mimicking an intraperitoneal gossypiboma. *Korean J Radiol*, 2006, **7**, 212-214.
8. Karila-Cohen P, Kotobi H, Weber N, et al.— Textilome abdominal. *J Radiol*, 2004, **85**, 17-20.
9. Lu YY, Cheung YC, Ko SF, et al.— Calcified reticulate rind sign : a characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. *World J Gastroenterol*, 2005, **11**, 4927-4929.
10. Godara R, Marwah S, Karwasra RK, et al.— Spontaneous transmural migration of surgical sponges. *Asian J Surg*, 2006, **29**, 44-45.
11. Zantvoord Y, Van Der Weiden RM, Van Hooff MH.— Transmural migration of retained surgical sponges: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv*, 2008, **63**, 465-471.
12. Glockemann K, Fröhlich H, Bernhards J, et al.— Glücklicher Ausgang einer intraoperativen Unterlassung. *Chirurg*, 2005, **76**, 595-598.
13. Goto H, Find Mizuno S, Kanematsu M, et al.— A case of retained surgical sponge penetrated into the sigmoid colon. *Nippon Acta Radiologica*, 1997, **57**, 279-280.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr O. Wéry, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Liège, Belgique.
Email : oli.wery@gmail.com