

# Occlusion intestinale révélant un textilome phagocyté par le grêle

## Abstract

Le textilome intra-péritonéal demeure une complication postopératoire rare mais potentiellement grave. Son évolution peut être silencieuse ou se manifester tardivement par des douleurs chroniques. L'imagerie, notamment la tomodensitométrie, joue un rôle essentiel dans le diagnostic. La prise en charge reste chirurgicale, surtout lorsqu'apparaissent des complications telles que la fistulisation ou la phagocytose par le grêle.

## Introduction

Le textilome, ou corps étranger textile retenu après chirurgie, représente une complication iatrogène rare mais décrite dans la littérature, survenant avec une incidence estimée entre 1/1 000 et 1/5 000 interventions abdominales [1, 2]. Il résulte de la rétention accidentelle de compresses ou champs opératoires laissés intra-péritonéalement lors d'un geste chirurgical [3].

La présentation clinique est variable : certains patients restent asymptomatiques durant plusieurs années, tandis que d'autres développent des douleurs abdominales chroniques, des tableaux pseudo-tumoraux ou des occlusions intestinales [4, 5].

L'imagerie, en particulier le scanner abdomino-pelvien, constitue l'examen clé pour identifier le textilome grâce à ses signes caractéristiques, incluant les images spongiformes, les bulles d'air internes et la réaction inflammatoire périlésionnelle [6, 7].

Une complication exceptionnelle mais décrite est la **phagocytose du textilome par une anse grêlique**, pouvant aboutir à une fistulisation ou à un syndrome occlusif aigu [8, 9].

Le traitement est chirurgical et consiste en l'exérèse complète du matériel étranger, associée si nécessaire à une résection intestinale en cas de nécrose ou de fistule [10].

## Observation

Une femme de 28 ans, sans antécédents particuliers, opérée pour une césarienne quelques mois auparavant, qui présente des douleurs abdominales chroniques persistantes depuis l'intervention. Un premier scanner abdominopelvien pratiqué à distance du geste opératoire met en évidence une formation intra-péritonéale hétérogène d'aspect spongiforme avec bulles d'air internes évoquant un textilome, située au contact des anses grêliques gauches, sans signe d'occlusion. Une exploration chirurgicale est recommandée mais refusée par la patiente.

34 Six semaines plus tard, la patiente est admise en urgence dans un tableau d'occlusion  
35 intestinale aiguë associant douleurs abdominales diffuses, vomissements et arrêt du transit. Un  
36 deuxième scanner objectivait une occlusion grêlique franche avec distension des anses en  
37 amont et individualisation d'une masse intraluminaire en rapport avec le textilome initialement  
38 identifié. L'extraction chirurgicale confirmait la présence d'un textile phagocyté par l'intestin  
39 grêle.



40

## 41 Diagnostic

42 **Textilome phagocyté par le grêle, compliqué d'une occlusion intestinale aiguë.**

43

44

45

46

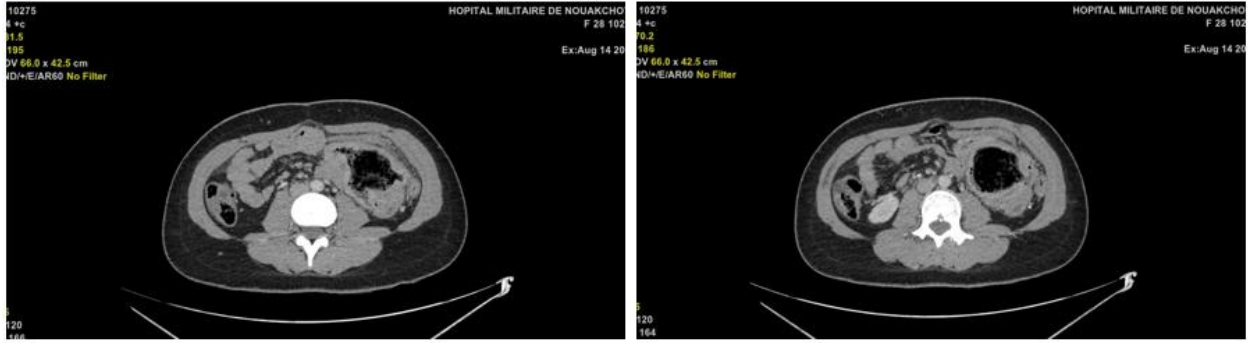
47

48

## 49 Analyse de l'imagerie

### 50 Scanner initial (août 2024)

51 Le premier scanner montre une masse hétérogène intrapéritonéale d'aspect spongiforme avec  
52 **bulles d'air piégées** typique du matériel textile imbibé. Elle est située **au contact intime des**  
53 **anses grêliques gauches**, avec infiltration modérée de la graisse adjacente mais **sans distension**  
54 **des anses ni signe d'occlusion**. Aucun pneumopéritoine ou collection n'est identifié.  
55 L'aspect est évocateur d'un **textilome postopératoire**.



56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

## 68 Scanner d'occlusion (octobre 2024)

69 Les coupes axiales et coronales mettent en évidence :

70

71

72

73

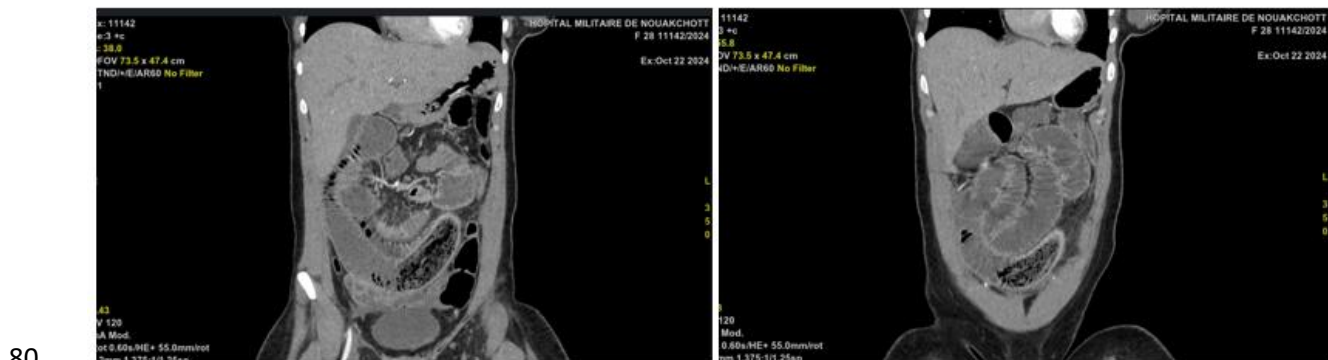
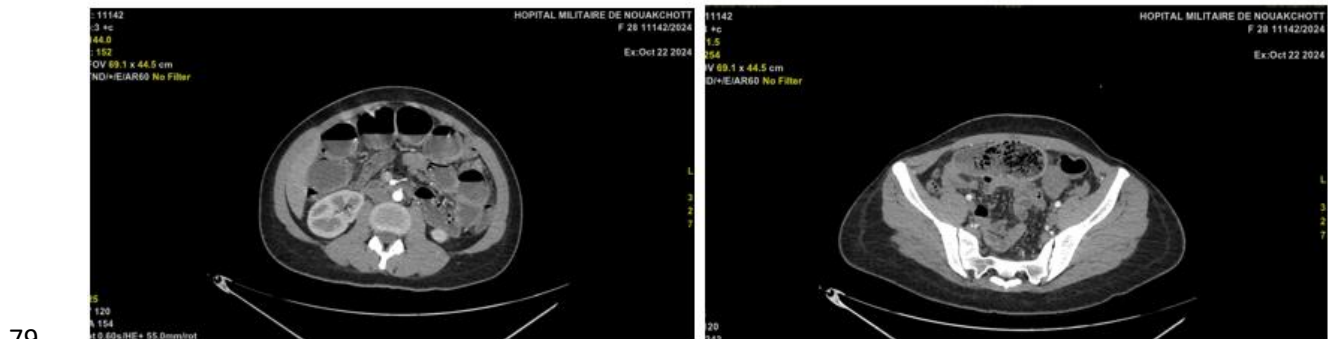
74

75

76

- **Distension grêlique importante** en amont d'une zone de disparité de calibre.
- Une **masse intraluminaire hétérogène**, de contours irréguliers, présentant un aspect spongiforme et fibreux compatible avec un matériel textile.
- Cette masse est située dans une anse de l'intestin grêle, confirmant la **migration transmurale** (« phagocytose ») du textilome.
- Légère réaction inflammatoire pariétale et du mésentère adjacent, **sans signe de souffrance ischémique majeure**.

77 L'imagerie permet donc de conclure à une **occlusion intestinale aiguë par textilome devenu**  
78 **intraluminal.**



81

## 82 **Commentaire**

83 Le textilome (ou gossypibome) correspond à la rétention accidentelle d'un textile chirurgical  
84 dans la cavité abdominale. Il s'agit d'une complication rare mais potentiellement grave, liée à  
85 un défaut de comptage ou à une manipulation complexe au bloc opératoire[11, 12]. Sa  
86 présentation clinique est variable : douleurs chroniques, masse abdominale, infection, fistule,  
87 ou encore occlusion intestinale[1, 2].

88 La **migration spontanée d'un textilome à travers la paroi intestinale** est un phénomène  
89 exceptionnel, rapporté dans la littérature sous le terme de **phagocytose par le grêle**[13, 14]. Le  
90 mécanisme repose sur une réaction inflammatoire locale chronique, responsable d'adhérences  
91 et d'une pression progressive du textile sur la paroi intestinale, conduisant à une érosion lente  
92 et à un passage intraluminal **sans perforation franche**[1, 2]. Une fois dans la lumière digestive,  
93 le textile se comporte comme un **corps étranger obstruant**, entraînant une occlusion  
94 mécanique[15].

95 L'imagerie joue un rôle central :

- 96 • Le scanner est l'examen de référence, permettant d'identifier le textilome,  
97 reconnaissable même en cas d'évolution ou de migration.  
98 • Le diagnostic différentiel inclut les corps étrangers ingérés, les masses intraluminales  
99 tumorales, les bezoars et certaines collections organisées, mais le contexte  
100 postopératoire oriente.

101 Le traitement est **chirurgical**. L'extraction du matériel textile est impérative, par entérotomie  
102 ou résection segmentaire en cas de souffrance pariétale. Dans notre cas, l'extraction simple a  
103 suffi, sans nécessiter de résection digestive[4, 5].

104 Cette observation illustre l'importance d'une surveillance postopératoire rigoureuse, de la  
105 sensibilisation des équipes aux procédures de comptage, et du rôle diagnostique déterminant  
106 de l'imagerie dans les complications tardives du textilome, particulièrement lorsqu'il évolue de  
107 manière atypique[7, 8].

108

## 109 Conclusion

110 Le textilome est une complication postopératoire rare mais potentiellement sévère. La  
111 migration transmurale avec phagocytose par le grêle est un phénomène exceptionnel pouvant  
112 conduire à une occlusion aiguë. L'imagerie, en particulier le scanner, est essentielle pour le  
113 diagnostic à tous les stades évolutifs : depuis le textilome intra-péritonéal initial jusqu'à son  
114 évolution intraluminaire[1, 2].

115 La prise en charge est chirurgicale, et la prévention repose sur des protocoles stricts de contrôle  
116 du matériel opératoire[5].

117

## 118 Références

- 119 1. Rajput A, Loud PA, Gibbs JF, Kraybill WG. **Gossypiboma: MR imaging with radiologic-**  
120 **pathologic correlation.** AJR Am J Roentgenol. 2003.  
121 2. Silva CS, Caetano MR, Silva EA, Falco L, Murta EF. **Intraluminal migration of**  
122 **retained surgical sponge.** Arch Gynecol Obstet. 2001.  
123 3. Lata I, Kapoor D, Sahu S. **Gossypiboma: A rare cause of intestinal obstruction.** Int J Crit  
124 Illn Inj Sci. 2011.  
125 4. Gawande AA et al. **Risk factors for retained instruments and sponges after surgery.** N  
126 Engl J Med. 2003.  
127 5. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP. **The retained surgical sponge.** Ann Surg. 1996.  
128 6. Tsurumaru D, Miyasaka M, Hashimoto M et al. **CT and MR findings of gossypiboma.**  
129 Radiat Med. 2007;25(7):345–349.

- 130 7. Zbar AP, Agrawal A, Saeed IT, Utidjian MR. **Textiloma: an unusual cause of intestinal**  
131 **obstruction.** J Clin Gastroenterol. 1998;27(3):263–266.
- 132 8. Ulu EM, Tacyildiz IH, Duran C et al. **Migration of retained surgical sponge into the**  
133 **intestinal lumen: CT findings.** Eur J Radiol Extra. 2005;53:77–79.
- 134 9. Wan YL, Liu HL, Huang HK et al. **Retained surgical gauze complicated with transmural**  
135 **migration and abscess formation.** Clin Imaging. 2004;28(5):361–363.
- 136 10. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. **An unusual cause of**  
137 **small bowel obstruction: gossypiboma.** BMC Gastroenterology. 2003;3:18.
- 138 11. Kato K, Kitagawa Y, Muguruma N et al. **Transmural migration of**  
139 **retained surgical sponge into the jejunum.** World J Gastroenterol. 2015;21(13):4104–  
140 4109.
- 141 12. Kato T, Mori H, Kaito K et al. **Gossypiboma: diagnosis by radiological imaging.** Jpn J  
142 Radiol. 2013;31:127–131.
- 143 13. Gawande AA. **Preventing retained foreign bodies after surgery.** N Engl J Med.  
144 2003;348(3):229–235.
- 145 14. Topal U, Vedat B, Eren K. **Intraluminal migration of a gossypiboma detected by CT.** Clin  
146 Imaging. 2001;25:110–113.
- 147 15. Bal A, Mohan H, Singh SB. **Gossypiboma revisited: case series and review of literature.**  
148 Indian J Med Sci. 2007;61(9):487–491.

149

150