

Occlusion intestinale révélant un textilome phagocyté par le grêle

by Jana Publication & Research

Submission date: 08-Dec-2025 11:27AM (UTC+0200)

Submission ID: 2770459477

File name: IJAR-55126.pdf (1.12M)

Word count: 1344

Character count: 7496

1 Occlusion intestinale révélant un textilome phagocyté par le 2 grêle

3

4 Abstract

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

10 Introduction

11 Le textilome, ou corps étranger textile retenu après chirurgie, représente une complication
12 iatrogène rare mais décrite dans la littérature, survenant avec une incidence estimée entre 1/1 000
13 et 1/5 000 interventions abdominales [1, 2]. Il résulte de la rétention accidentelle de compresses
14 ou champs opératoires laissés intra-péritonéalement lors d'un geste chirurgical [3].
15 La présentation clinique est variable : certains patients restent asymptomatiques durant plusieurs
16 années, tandis que d'autres développent des douleurs abdominales chroniques, des tableaux
17 pseudo-tumoraux ou des occlusions intestinales [4, 5].
18 L'imagerie, en particulier le scanner abdomino-pelvien, constitue l'examen clé pour identifier le
19 textilome grâce à ses signes caractéristiques, incluant les images spongiformes, les bulles d'air
20 internes et la réaction inflammatoire périlésionnelle [6, 7].
21 Une complication exceptionnelle mais décrite est la phagocytose du textilome par une anse
22 séplique, pouvant aboutir à une fistulisation ou à un syndrome occlusif aigu [8, 9].
23 Le traitement est chirurgical et consiste en l'exérèse complète du matériel étranger, associée si
24 nécessaire à une résection intestinale en cas de nécrose ou de fistule [10].

25

26

27 Observation

28 Une femme de 28 ans, sans antécédents particuliers, opérée pour une césarienne quelques
29 mois auparavant, qui présente des douleurs abdominales chroniques persistantes depuis
30 l'intervention. Un premier scanner abdominopelvien pratiqué à distance du geste opératoire
31 met en évidence une formation intra-péritonéale hétérogène d'aspect spongiforme avec bulles
32 d'air internes évoquant un textilome, située au contact des anses grêliques gauches, sans signe
33 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 intraluminal 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

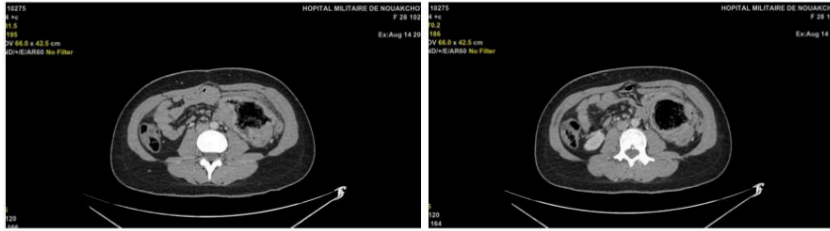
47

48

49 Analyse de l'imagerie

50 Scanner initial (août2024)

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

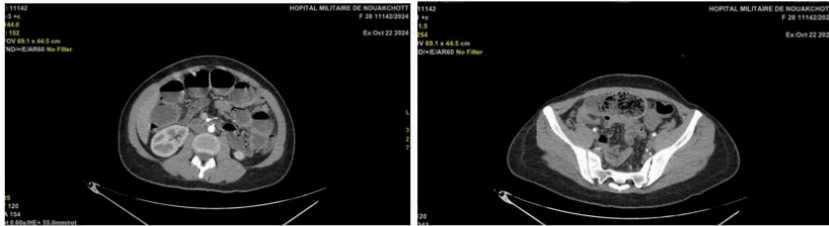
74

75

76

- **Distension grêlique importante** en amont d'une zone de disparité de calibre.
- Une **masse intraluminal 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.**



79



80

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

Occlusion intestinale révélant un textilome phagocyté par le grêle

ORIGINALITY REPORT

6%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

archive.org

Internet Source

5%

2

tcs-mymed.ch

Internet Source

1%

3

www.em-consulte.com

Internet Source

1%

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On