

## LES CORPS ETRANGERS APRES CHIRURGIE ABDOMINALE A PROPOS DE 12 OBSERVATIONS

LEBEAU R, DIANE B, KOFFIE, AMANI A, KOUASSI J.C

Service de chirurgie générale et digestive, CHU de Bouaké, BP 1174 Bouaké, Côte d'Ivoire

Tirés à part : Roger Lebeau, 22 BP 139 Abidjan 22, Côte d'Ivoire

Tél : 225 05 58 17 25 / Email : lebeauroger@yahoo.fr

### RESUME

**But :** Le but de cette étude était de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques et la gravité de cette complication et de proposer des moyens de prévention.

**Matériel et Méthodes :** Etude rétrospective de 12 observations de corps étrangers oubliés après chirurgie abdominale et colligées sur une période allant de janvier 1997 à juin 2002 dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de bouaké.

**Résultats :** Les 12 observations de corps étrangers oubliés relevaient de la chirurgie digestive (n=6), gynécologique (n=4) et urologique (n=2). Les corps étrangers étaient un drain (n=2), un champ (n=4) et un compresse (n=6). Dans 2 cas, le corps étranger n'a entraîné aucune manifestation clinique. Dans les 10 autres cas, les manifestations ont été une occlusion (n=2), une péritonite (n=3), une suppuration de la plaie opératoire (n=2) avec dans un cas une éviscération, une fistule digestive dirigée (n=1), une pseudotumeur testiculaire (n=1) et une masse latéro-utérine (n=1). Dans 3 cas, l'ablation des corps étrangers extériorisés en partie n'a pas nécessité d'intervention chirurgicale ; dans les autres cas, elle a nécessité des gestes chirurgicaux parmi lesquels une résection intestinale (n=3), une orchidectomie (n=1) et une annexectomie (n=1). Deux patients sont décédés soit une mortalité de 16,6%. Aucune suite médico-légale n'a été donnée à ces observations.

**Conclusion :** Cette étude permet d'attirer l'attention sur la gravité de cette complication iatrogène pour mieux la prévenir.

**MOTS-CLES :** Corps étrangers, textilome, complications iatrogènes post-opératoires.

### INTRODUCTION

Le corps étranger (CE) oublié en chirurgie abdominale est une complication iatrogène pouvant être lourde de conséquences pour le chirurgien et le patient (1). Le CE peut être muet, sa découverte est alors fortuite à l'occasion d'une exploration radiologique ou d'une réintervention pour une autre indication (2). Dans d'autres cas, il est responsable de manifestations cliniques diverses qui conduisent à sa découverte (3,4). Le CE découvert doit être extrait. Les conséquences médico-légales qu'il peut impliquer, plus que l'amour propre du chirurgien, expliquent que le CE oublié en chirurgie abdominale soit un sujet peu abordé (5). Le but de cette étude est de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques et la gravité de cette complication ainsi que de proposer des moyens de prévention.

### SUMMARY

**Aim :** This study aimed to stress out the diagnostic pitfalls and the severity of this iatrogenic complication in order to prevent it.

**Material and Methods :** A retrospective study of cases of forgotten foreign body complicating abdominal procedures over a period from January 1997 to June 2002 in the General and Digestive ward of bouaké teaching hospital.

**Results :** The 12 cases of forgotten foreign bodies complicated a digestive (n=6), gynaecologic (n=4) and urologic procedures (n=2). The foreign body was a drain in 2 cases, In the remaining 10 cases, clinical manifestation such as intestinal occlusion (n=4), peritonitis (n = 3), suppuration of abdominal operative wound (n=1) occurred. In 3 cases, the foreign body was removed was removed by simple traction on it and in 9 cases it was surgically removed. Two patient died after reoperation. There were no medico-legal consequences.

**Conclusion :** This study stresses out the severity of severity of this iatrogenic complication which can and should be prevented.

**KEY WORDS :** foreign body, textiloma, iatrogenic post-operative complication.

### MATERIEL ET METHODES

Douze observations de CE oubliés après chirurgie abdominale ont été colligées sur une période allant de janvier 1997 à juin 2002 dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké. Dans chacune des observations, nous avons relevé les données concernant les interventions chirurgicales en cause, les manifestations cliniques et parcliniques ayant conduit à la découverte du CE, de même que le délai de découverte et la nature du CE. La méthode d'extraction et les suites de l'extraction ont également été notées.

### RESULTATS

Les 12 observations concernaient 8 hommes et 4 femmes d'un âge moyen de 37,1 ans (extrêmes : 22 et 66 ans). Quatre interventions chirurgicales avaient été initialement réalisées dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké parmi 3050 interventions abdominales, soit une prévalence de 0,13%. Les autres avaient été effectuées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du même CHU (n=4) et dans un autre centre hospitalier (n=4). Ces interventions initiales qui ont été réalisées en urgence (n=11) et en programme opératoire réglé (n=1) ont porté sur l'appareil (n=6), l'appareil génital (n=4), la paroi abdominale (n=1) et l'appareil urinaire (n=1) (Tableau D.

L'opérateur était un chirurgien en formation dans 66,7% des cas et un chirurgien confirmé dans 33,3% des cas. Des difficultés opératoires ont été signalées dans 8 cas et concernaient l'hémostase dans 7 cas et la recherche d'un appendice rétrocaecal dans un cas. Le délai moyen de découverte du CE était de 260,5 jours (extrême : et 1826 jours). Le tableau clinique présenté par les patients était une infection abdominale dans 50% des cas (Tableau I).

*Tableau I : Nature et indication des interventions initiales*

Patients	Age/Sexe	Intervention Initiale	Indication
1	24 ans/M	Réséction-anastomos du grêle	Plaie abdominale
2	26 ans/F	Appendicectomie	Appendicite aiguë
3	37 ans/M	Hémi-colectomie gauche	Volvulus du sigmoïde
4	42 ans/F	Césarienne	Souffrance fœtale sur gestose
5	54 ans/F	Salpingectomie	Grossesse extra-utérine
6	66 ans/M	Cystostomie	RAU sur adénome prostatique
7	30 ans/M	Cure herniaire à la Bassini sans résection intestinale	Hernie inguino-scrotale gauche étranglée
8	56 ans/M	Suture du rectum Sigmoïdostomie latérale Parage plaie périnéale	Plaie périnéo-rectale
9	28 ans/F	Iléotomie	Perforation iléale
10	31 ans/M	Suture +épiploplastie	Perforation gastrique
11	28		
11	28 ans/F	Salpingectomie	Grossesse extra-utérine
12	53 ans/F	Hystérectomie	Utérus polyfibromateux

*M = Masculin ; F=Féminin ; RAU=Rétention aiguë d'urines*

Le CE oublié était visible en partie chez 3 patients (figures 1,2).



*Figure 1a : Compresse oubliée et extraite de la plaie d'un patient de plaie de l'abdomen par arme à feu*



*Figure 1b : Compresse extraite de la plaie opératoire du patient de la figure 1a.*



*Figure 2a* : Compresse oubliée dans la plaie périnéale d'un patient victime d'une agression par corne d'animal

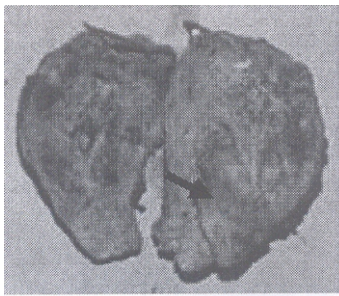


*Figure 2b* : Même patient que sur la figure 2a

Une radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée 3 fois pour une occlusion intestinale réalisée chez 2 patients ayant respectivement une masse testiculaire gauche et une masse latéro-utérine droite a diagnostiqué une tumeur testiculaire chez l'un et un pyosalpinx chez l'autre. Une fistulographie faite dans un cas a montré une fistule colotucanée.

L'extraction du CE n'a pas nécessité de réintervention dans les 3 cas où il était visible et s'est faite par simple traction sur son extrémité extériorisée.

Une indication de réintervention a été posée dans 9 cas pour une péritonite (n=3), une occlusion intestinale (n=2), une masse testiculaire (n=1)(Figure 3), un pyosalpinx (n=1), un rétablissement de la continuité digestive (n=2) et une adénomectomie prostatique (n=1). Chez ces patients, le diagnostic de CE oublié a été peropératoire et l'extraction a permis d'identifier un champ abdominal (n=4), une petite compresse (n=4) et un petit drain en caoutchouc (n=1) (Tableau II).



*Figure 3a* : Pseudotumeur testiculaire formée autour d'une compresse oubliée lors d'une cure herniaire inguinale



*Figure 3b* : Image de la tranche de section testiculaire montrant le corps étranger (compresse)

**Tableau II :** Manifestations cliniques et traitement des corps étrangers.

Patients	Tableau clinique	Constatations lors du traitement	Traitement
1	Eviscération	Compresse dans la plaie opératoire	Extraction sans réintervention
2	Masse latéro-utérinedroite	Compresse au sein d'un plastron, fistule caecale	Résection grêle et côlon + anastomose
3	Occlusion	Champ au sein d'un plastron	Résection + toilette abdominale
4	Péritonite aiguë	Chap + 1500 ml de pus	Extraction grêle + anastomose, omentectomie partielle
5	Occlusion	Compresse dans une pseudotumeur prenant le grêle et l'épiploon	Résection grêle + anaastomose, omentectomie prostatique
6	Corps étranger muet	Compresse dans la vessie	Extraction lors de l'adénomectomie
7	Masse testiculaire gauche	Compresse au sein d'une pseudotumeur testiculaire	Orchidectomie gauche
8	Suppuration périnéale	Compresse dans la plaie périnéale	Extraction sans réintervention
9	Corps étranger muet	Drain dans l'abdomen	Extraction lors du rétablissement de la continuité iléale
10	Fistule digestive	Drain par l'orifice de drainage et drain dans le tube digestif	Extraction sans réintervention (n=1) et élimination spontanée par l'anus (n=1)
11	Péritonite aiguë	Champ + 21 de pus	Extraction + toilette abdominale
12	Péritonite aiguë	Champ + 11 de pus	Extraction + toilette abdominale

HCD = Hémicolectomie droite

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 16 jours (extrêmes : 4 et 45 jours) en cas de réintervention. Les complications après réintervention ont été une fistule digestive et une suppuration pariétale traitées médicalement avec succès. Deux patients (16,7%) sont décédés après réintervention. La cause de ces décès a été un choc toxico-infectieux compliquant une péritonite post-opératoire.

#### DISCUSSION

La prévalence des oublis de corps étrangers après chirurgie abdominale est difficile à établir car toutes les observations ne sont pas rapportées (1). Cependant les auteurs s'accordent pour dire que c'est une complication rare dont la prévalence se situe entre 0, 02% et 0, 1% des interventions (1, 6). Nous noté une prévalence de 0, 13% qui est en accord avec ces données.

Dans notre étude, les CE étaient des textiles et des caoutchoucs. Les caoutchoucs étaient des drains habituellement utilisés pour la cavité abdominale. Quand ils ne sont pas bien fixés, ils peuvent mimmigrer dans l'abdomen. Leur évolution est alors variable : ils peuvent rester muets, ou entretenir une suppuration par l'orifice de drainage ou encore être responsable de fistule digestive comme dans notre étude ; dans certains cas ces drains peuvent migrer dans le tube digestif et être éliminé par

l'anus. Les textiles sont les CE les plus couramment rencontrés et parmi eux, ce sont les petites compresses qui s'oublent plus facilement car une fois imbibées de sang elles échappent à la vue (6, 7).

La localisation du corps étranger textile (CET) est fonction de la nature de l'intervention initiale et d'autres facteurs tels que la migration du CET sous l'effet de la pesanteur. Son devenir dépend de sa contamination. Nous avons noté dans cette étude des localisations, périnéale, testiculaire et vésicale :

1. dans la plaie opératoire périnéale, le CET septique entretient une suppuration chronique qui guérit avec son extraction ; si le CET est stérile, il s'enkyste dans la plaie opératoire et donne lieu à un granulome à CE ; il peut cependant migrer dans le rectum ;

2. dans le péritoine, le CET entraîne une réaction inflammatoire avec exsudation fibrinoleucocytaire. Il se produit une agglutination des anses et des mésos autour de lui (1, 8). S'il est stérile, il est envahi par le tissu conjonctif et son évolution se fait vers d'enkystement ou l'enterrement dans une zone muette ; il peut aussi être éliminé par les voies naturelles en suivant des plans de moindre résistance (5) ; parfois les adhérences avec les anses et le mésos sont responsables de phénomènes occlusifs. Si le CET est septique, il entraîne une réaction péritonéale intense aboutissant rapidement à la péritonite généralisée ou à la formation d'un abcès ; celui-ci peut se rompre en péritoine libre, dans un viscère de voisinage ou à la peau donnant lieu à une suppuration pariétale qui peut aboutir à l'éviscération et à l'extraction du CE (1, 5, 9) ;

3. le CET vésical était une compresse oubliée au décours d'une cystostomie pourquoi ; dans la vessie, le CET peut migrer et être expulsé à travers le méat urétral, rester libre et être découvert lors d'une réintervention rapprochée comme dans notre cas ou s'enkyster et simuler une tumeur vésicale ;

4. au contact du testicule, le CET a constitué pour nous une curiosité ; nous pensons qu'au décours de la cure de hernie inguinale, la compresse a migré sous l'effet de la pesanteur de la région inguinale vers la bourse du même coté où elle a adhéré au testicule pour former une pseudo-tumeur.

Notre étude confirme les facteurs classiquement incriminés dans l'oubli des corps étrangers qui sont : la chirurgie d'urgence parfois de longue durée volontiers hémorragique faite dans un champ opératoire étroit et profond telle la chirurgie pelvienne ; les difficultés opératoires qui en allongeant la durée et en modifiant la tactique de l'opération émoussent la vigilance du chirurgien ; le manque d'expérience et de discipline des opérateurs.

Il n'existe pas de syndrome spécifique de CE. Les manifestations cliniques sont divers et déroutantes (2-4, 10, 11). Nous avons noté des manifestations infectieuses, occlusives, pseudo-tumorales et dans deux cas les CE étaient muets. Le diagnostic est rarement fait sur la base des signes cliniques. L'imagerie dont l'apport diagnostique capital a été souligné par de nombreux auteurs (11-14) n'a pas été d'une grande contribution au diagnostic dans cette étude. En effet, la radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée chez 5 patients n'a évoqué le diagnostic qu'une seule fois. Dans les autres cas, il se pourrait que le CE imbibé de liquide ait conservé une densité radiologique (9). L'échographie abdominale réalisée 2 fois n'a pas montré d'image de CE quant à la fistulographie réalisée une fois, elle n'a permis qu'une opacification du côlon ascendant. Le diagnostic est donc habituellement posé en peropératoire. Cela doit inciter à pender systématiquement à un CE oublié chez un opéré

présentant des manifestations infectieuses, occlusives ou pseudo-tumorales.

Tout CE reconnu doit être enlevé. Ceci est facile quand le CE est superficiel et visible dans la plaie opératoire comme cela a été le cas dans 3 de nos observations. Dans d'autres cas l'ablation du CE se fait au cours d'une réintervention. Cette extraction peut parfois nécessiter une résection viscérale en fonction des découvertes opératoires (3, 6, 13, 15).

Le pronostic est fonction de la symptomatologie provoquée par les CE. Quand ils n'entraînent qu'une suppuration pariétale ou une fistule entéro-cutanée expose au risque de dénutrition sévère et de péritonite post-opératoire. Les interventions d'exérèse viscérale ont leur pronostic propre ; les entérectomies peuvent se compliquer de fistules digestives tandis que les annexectomies et les orchidectomies exposent à la stérilité si elles sont bilatérales. Le pronostic vital est en jeu dans les péritonites ; les 2 patients décédés avaient une péritonite diffuse. C'est souligner l'importance de la prévention par le suivi de règles simples mais efficaces telles que : utiliser de grandes compresses marquées, laisser la queue des champs abdominaux marqués hors du ventre, compter les compresses et les champs avant la fermeture de la paroi (10, 11, 13), fixer correctement les drains et faire leur ablation par le chirurgien lui-même ou en sa présence.

#### CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que l'oubli d'un corps étranger en chirurgie abdominale peut survenir même en l'absence de toute difficulté opératoire et qu'aucun chirurgien n'est à l'abri de cette complication iatrogène grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital des patients.

#### REFERENCES

- HAJJI A, ABBAR M, BOUCHAMA R, MOULAY A. Les textilomes intrapéritonéaux. *J Chir* 1988 ; 125 : 353-7
- N'GOWE N'GOWE M, ATANGARA R, BINAM F, N'DOM P, SOSSO AM. Pseudo-tumeur du grand épiploon. *Revue Africaine de Chirurgie* 1999 ; 2 : 77-9.
- DARTEEVILLE PH, YGER M, GHARB N, VAYRE P, MERLIER M. Abscès inter-hépatodiaphragmatique avec fistule bronchique par migration tardive transdiaphragmatique d'un corps étranger abdominal post-opératoire. *J Chir* 1981 ; 118 : 413-6.
- SADA JJ, BONNIAUD P, FAVRE JP, CERCEUIL JP, JANNIN MAGNIFICAT L. Fécalome intestinal par corps étranger oublié. *Rev Fr Gastro Entero* 1982 ; 179 : 11-4.
- SLIM K, BEN SLIMANE T, DZIRI C, MZALI R. Les corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1989 ; 43 : 285-8
- CHOVART G, KHAN J, CAMELOT G, HENRIET PH, GILET JY, GILET M. L'évolution des corps étrangers oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1976 ; 30 : 643-9.
- FROIDEVAUX A, VUKANOVIC S, HUBER H. Les corps étrangers textiles intra-abdominaux à propos de six cas, expressions cliniques et radiologiques, revue de la littérature. *Med Chir Dig* 1980 ; 9 : 471-7.
- STOPPA R. Le corpus alienum vécu par le chirurgien. *Actualités chirurgicales 86<sup>e</sup> congrès AFC* 1984 ; 4 : 45-8.
- COUSSEMENT A, BLANC P, FONTAINE Y, COUSSEMENT N, FAURE C. Champs opératoires oubliés dans l'abdomen. *Etude radio-clinique. Nouv Presse Med* 1973 ; 2 : 2447-50.
- FADIORA SO, KAMOLOFE JO, OGUNMIYI JO. Gossypoboma simulating huge ovarian mass : a case report. *Niger J Med* 2003 ; 12 : 52-6.
- HERTZANU Y, HURWITZ J. An unusual late sequel to hysterectomy. *Post Grad Med J* 1993 ; 59 : 396-8.
- COCHE G, PARDONNET MH, CHANOIS AM et al. Apport de l'échographie et de la scanographie dans le diagnostic des textilomes intra-abdominaux à propos de 12 cas. *J Radiol* 1998 ; 69 : 243-51.
- GENCOSMANOGLU R, INCESGLU R. An unusual cause of small bowel obstruction : gossypoboma case report. *BMC Surgery* 2003 ; 3 : 6.
- ZAMIATI W, CHIKHAOUI N, GHABI A, ET HAJJAM M, KADIRI R, HOEFFET JC. Apport de l'imagerie dans le textilome. A propos de 16 cas. *Radiologie* 1998 ; 18 : 339-44.
- LE NEEL JC, DE CUSSAC JB, DUPAS B et al. Les textilomes. A propos de 25 cas et revue de la littérature. *Chirurgie* 1994 1995 ; 120 : 272