



OUBLI DE CORPS ETRANGERS DANS L'ABDOMEN : FACTEURS FAVORISANTS ET CONSEQUENCES

FORGOTTEN FOREIGN BODIES IN THE ABDOMEN: PROMOTING FACTORS AND CONSEQUENCES

Konan KIP 1 , Anoh AN 1 , Odo BA 2 , Touré L 2 , Konan DK, N'goran X 1 , Madiou MKA 2 , Kouadio NL 1 , Kouadio KG 1

(1) Service de Chirurgie Digestive et Proctologique 1

(2) Service de Cancérologie CHU de Treichville 2

Correspondant : KONAN KOUAKOU INNOCENT PATRICK, Assistant chef de clinique/ Université Félix Houphouët Boigny/UFR Sciences Médicales d'Abidjan Cocody Côte d'Ivoire/ Service de Chirurgie Digestive et Proctologique du CHU de Treichville Email : Pkonan84@gmail.com ; Konan.58059027@gmail.com

RESUME

BUT :

Analyser les conditions de réalisation des laparotomies ayant conduit à cet oubli et leurs conséquences morbides.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale basée sur une collecte rétrospective de données qui s'est déroulée au service de Chirurgie Digestive et proctologique du CHU de Treichville de la période de 5 ans allant de Février 2019 à Décembre 2023.

Les caractéristiques de l'intervention initiale et ses difficultés, les conséquences morbides, le type de corps étranger (CE), les lésions peropératoires observées et les modalités thérapeutiques ont été les paramètres étudiés.

RESULTATS

Les laparotomies initiales (type pfannstiel=8 ; autre laparotomie= 3) réalisées pour traiter des pathologies gynécologiques et digestives, étaient dominées par les césariennes (n=6). Les conditions de réalisation de ces laparotomies initiales étaient : l'urgence, l'hémorragie, le type d'incision. Les

conséquences de l'oubli de ces corps étrangers étaient la survenue de péritonites post-opératoires (n=4), et d'occlusions intestinales (n=3). Les CE découverts en peropératoire étaient des textilomes dont 2 cas de champs opératoires. Le traitement consistait à extraire le corps étranger plus ou moins résection iléale, suivi de la toilette péritonéale. L'évolution était favorable dans la majorité des cas.

CONCLUSION : Les corps étrangers oubliés dans l'abdomen existent. Ce sont des complications graves qui causent de graves morbidités postopératoires nécessitant des ré-laparotomies en urgence. Les facteurs favorisants sont dominés par les laparotomies d'urgence, et les conditions d'intervention. Ces incidents peuvent être évités par les procédures de décompte systématique des instruments et des compresses en fin d'intervention.

MOTS CLES : corps étrangers, textilomes, complications post-opératoires.

SUMMARY**AIM :**

Analyze the conditions for carrying out laparotomies which led to this oversight and their morbid consequences.

MATERIALS AND METHODS

This was a cross-sectional descriptive study based on a retrospective collection of data which took place in the Digestive and Proctological Surgery department of the Treichville University Hospital over the 5-year period from February 2019 to December 2023.

The characteristics of the initial intervention and its difficulties, the morbid consequences, the type of foreign body (CE), the intraoperative lesions observed and the therapeutic modalities were the parameters studied.

RESULTS

Initial laparotomies (pfannstiel type=8; laparotomy type=3) performed to treat gynecological and digestive pathologies, dominated by cesarean sections (n=6). The conditions for carrying out the initial laparotomies were: urgency, hemorrhage, type of incision, etc.). The consequences of forgetting these foreign bodies were the occurrence of postoperative peritonitis (n=4), and intestinal obstructions (n=3). The ECs discovered intraoperatively were textilomas including 2 cases of surgical fields. Treatment consisted of extracting the foreign body more or less ileal resection, followed by peritoneal cleansing. The evolution was favorable in the majority of cases.

CONCLUSION: Foreign bodies missed in the abdomen are serious complications that cause serious postoperative morbidity requiring emergency re-laparotomy. These incidents can be avoided by systematic counting procedures for instruments and compresses at the end of the procedure.

KEY WORDS: foreign bodies, textiloma, postoperative complications.

INTRODUCTION

Les corps étrangers (CE) oubliés dans l'abdomen sont des incidents rares mais bien connus dans la littérature. Leur prévalence est estimée de 0,3 à 1 cas pour 1000 procédures abdominales selon Stawicki [1]. Ils sont représentés principalement par les textiles (compresses et champs abdominaux), les drains et les instruments de chirurgie (pince, ciseaux, fils de suture...). Ainsi Coulibaly a rapporté un cas de pince de Kocher intra-vésicale ayant perforée le caecum. [2] Ces CE oubliés peuvent entraîner des complications à type de péritonites, d'occlusions intestinales, de fistules digestives qui sont de véritables urgences chirurgicales abdominales. Dans bien des cas, le diagnostic est souvent difficile et les lésions abdominales observées peuvent aboutir à la mort même après extraction du corps étranger [3]. Nous rapportons 11 cas pris en charge dans le service de Chirurgie Digestive et proctologique du CHU de Treichville sur une période allant de Février 2019 à Décembre 2023.

Analyser les conditions de réalisation des laparotomies ayant conduit à cet oubli et leurs conséquences morbides.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale basée sur une collecte de données qui s'est déroulée au service de Chirurgie Digestive et proctologique du CHU de Treichville de la période de 5 ans allant de Février 2019 à Décembre 2023. Ont été inclus dans l'étude 11 patients adultes aux antécédents de laparotomie, pris en charge en urgence pour abdomen aigu chirurgical, chez qui la présence de corps étrangers oubliés dans l'abdomen a été objectivée en peropératoire les dossiers sans compte-rendu opératoire n'ont pas été retenus dans cette étude.

Pour chaque malade, les paramètres suivants étaient relevés : type d'intervention initiale, indication chirurgie initiale, condition de réalisation de la laparotomie initiale (en urgence ou à froid, chirurgie hémorragique ou non, patient obèse ou non, durée longue ou non, type d'incision, expérience du chirurgien, survenu d'accident peropératoire notamment arrêt cardiaque, malaise chez l'opérateur ou non, survenue de panne d'électricité ou non, matériel adéquat ou non, bassin patient étroit ou non, plateau technique), indications de la ré-laparotomie, lésions peropératoires observées, type de corps étranger, modalités thérapeutiques, évolution.

RESULTATS

Sur 990 patients opérés de l'abdomen pendant la période d'intérêt, 11 patients présentaient des corps étrangers abdominaux oubliés à la suite d'une première laparotomie. Ont été retenus soit une fréquence de 1,1%. Les premières laparotomies étaient réalisées en périphérie dans 10 cas et au CHU de Treichville dans 1 cas. Il y avait 8 cas d'urgence et 3 cas de chirurgie programmée. Parmi les urgences, 6 étaient gynécologiques (disproportion fœto-pelvienne (3), hématome retro placentaire (2), gros fœtus sur utérus polomyomateux (1) et 2 étaient des appendicites aiguës compliquées. Les 3 cas de chirurgie programmée étaient respectivement un dolicho colon transverse, un adénocarcinome (ADK) de l'ovaire, un utérus polomyomateux compliquée d'hystérocèle. Les types d'interventions initiales, leur indication et conditions de réalisation sont résumées dans le tableau N°I.

Tableau I : types d'interventions initiales, leur indication et conditions de réalisation

(Voir annexe des tableaux)

Les conséquences des corps étrangers oubliés dans l'abdomen ont été des

abdomens aigus chirurgicaux dues à des péritonites ou occlusions intestinales. Les principales manifestations de ces corps étrangers oubliés dans l'abdomen et les lésions causées sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : Indication de la ré-laparotomie, type de corps étrangers, thérapie et pronostic

(Voir annexe des tableaux)

Le diagnostic de corps étranger intra abdominal avait été fait en préopératoire à l'aide d'imagerie médicale par ASP, échographie ou TDM dans 4 cas. L'image de la TDM abdomino-pelvienne montrant le corps étranger sous la forme d'une masse enkystée est retrouvée dans la photo (1). Dans les 7 autres cas, le diagnostic était fait en peropératoire.

La photo (2) nous montre un CE en peropératoire sous forme de masse enkystée. Après extraction, Il s'agissait d'un champ abdominal comme observé à la photo (3). Les CE étaient dominés par les textilomes dans 9 cas parmi lesquels, 2 champs abdominaux ont été découverts respectivement dans la lumière intestinale de 2 malades comme observé dans la photo (4) et (5).

Nous avons observé aussi dans des drains de Redon et de Delbet respectivement dans 1 cas comme nous montre la photo (6).

Biologie :

Concernant les examens biologiques, l'hémogramme retrouvait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans les 7 cas.

Le délai moyen de survenu des complications des CE était de 76,27 jours avec des extrêmes de 08jours et 221 jours. La laparotomie sous anesthésie générale a été réalisée chez tous les patients. Les lésions observées étaient diverses comme résumées dans le tableau II.

Les gestes réalisés ont été dominés par l'extraction du matériel suivi d'une toilette au sérum salé isotonique (SSI) tiédi environ 5 litres. Une résection iléale anastomose iléo-iléale termino-terminale, a été réalisée chez 03 patientes. Ils s'agissaient de 03 cas de textilome iléal intra-luminal. Dans le dernier cas, c'était une fistule non dirigée avec présence de selles dans la cavité abdominale. Cette dernière a eu le rétablissement de la continuité digestive, 60 jours plus tard. La durée moyenne de séjour d'hospitalisation était de 07 jours. Il n'y a pas eu de décès (tableau II).

III/ DISCUSSION :

Dans cette étude, la fréquence était de 1,1 % alors qu'elle était beaucoup plus faible chez d'autres auteurs avec des fréquences de 0,02 % à 0,1% [4,5,6]. Cette différence pourrait être due à la taille de la population et à la durée de l'étude. En effet, Lebeau et al [6] ont mené la même étude sur une période de 05 ans avec un échantillon de 3050 malades opérés au CHU de Bouaké parmi lesquels 12 avaient un corps étranger intra-abdominale soit une prévalence de 0,13%. C'est un incident moins fréquent sans être rare d'autant plus que parfois tous les cas ne sont pas signalés pour éviter les conflits juridiques [4].

Il y avait une prédominance féminine dans 82% des cas. De même, Goho [7] trouvait que 57% de ses cas étaient des femmes. Ces incidents étaient plus observés dans les services de gynéco-obstétriques suivis des services de chirurgie digestive. Selon Le Neel [3], ces 2 services représentent 60 à 74% des cas de corps étranger oublié après chirurgie. Ce qui est en accord avec cette étude puisque 63,6% des patients étaient initialement opérés pour pathologie gynécologique et 26,4% pour une pathologie digestive. Cette prédominance gynécologique pourrait s'expliquer par le type d'incision. En effet, selon la technique de césarienne décrite par De Clippele et al [8] dans le livre (pratique de la césarienne en condition de ressource limitées) à la page 33, l'incision sus-pubienne transversale

(type pfannentiel, ou Joel-Cohen) était la plus recommandée. Cette incision avait comme inconvénient, une moins bonne exposition de la cavité abdomino-pelvienne. Alors, tout en se servant de champs abdominaux pour refouler les anses, le gynécologue s'expose au risque d'oubli de ce champ et ce risque est encore plus élevé car les interventions en gynécologie doivent être rapides du fait de l'urgence. Une autre raison de la fréquence des textilomes dans les interventions gynécologiques est que les interventions en gynécologie sont très hémorragiques d'où l'usage accru des champs abdominaux ce qui était le cas chez 4 femmes sur 9 dans cette étude. L'urgence peut aussi être incriminée dans la survenu de cet oubli de corps étranger car 08/11 des patients ont été opérés en urgence et 4 parmi eux ont présenté une hémorragie en per-opératoire, et un cas d'éclampsie a été signalé. La chirurgie était aussi difficile chez 02 patientes à cause de leur obésité. Ces dernières étaient opérées respectivement pour une disproportion fœto-pelvienne et pour un adénocarcinome de l'ovaire. Au nombre des facteurs de risque de corps étrangers oublié, nous avons relevé aussi, la qualité des chirurgiens, la longue durée des interventions et la charge élevée de travail à cause du nombre élevé de malades opérés pendant les gardes. En effet depuis la fermeture du CHU de Yopougon et du service de gynécologie du CHU de Treichville depuis 08 ans, les centres périphériques sont débordés. Le gynécologue opère en moyenne 15 malades par garde. Tout ceci augmente le stress, la fatigue du praticien et diminue sa vigilance. Tous ces facteurs recensés dans notre étude ont été incriminés dans plusieurs séries comme celles de Chovart [5], Lebeau [6] et Hadji [4]. Les signes d'appels étaient fonction du type de CE, de son caractère septique et de la durée de séjour dans l'abdomen. Sur le plan physiopathologique, dans le péritoine, le CE entraîne une réaction inflammatoire avec exsudat suivi d'une formation d'un tissu de granulation

fibrinoleucocytaire (8^{ème} jour) avec pour conséquence une agglutination des anses et des mésos autour du CE suivie d'une fibrose au 13^{ème} jour. S'il s'agit d'un corps étranger stérile, il peut séjourner pendant plusieurs mois voire années dans l'abdomen en s'enkystant ou en se calcifiant avec pour conséquence une longue tolérance comme observé chez certains patients de cette étude [9]. Nous avons recensé 02 cas de champs abdominaux exprimés sous forme de masse abdominale avec un temps de latence de 60 et 120 jours. Ce temps est assez long quand il s'agit de CE stérile. C'est ainsi que Crespi a rapporté un champ abdominal resté latent pendant 32 ans [10]. Par contre si c'est un CE septique, il va entraîner une suppuration avec adhérence des anses ou parfois une péritonite. Dans ces différents cas, ce sont des manifestations plus rapides dans les tableaux d'abdomen chirurgical [4,11]. Les douleurs observées sont souvent dues aux tentatives de digestion du CE et aux épisodes d'invagination et de désinvagination. Ainsi, le diagnostic pré-opératoire était dominé par les occlusions intestinales fébriles et les péritonites. C'était le cas dans l'étude de Lebeau [6], et Goho [7], Mouaffo Tambo [12]. En effet dans ces cas suscités comme dans notre série, les champs abdominaux et les compresses ont été les corps étrangers les plus retrouvés avec présence de pus et de fausses membranes dans la cavité péritonéale expliquant ainsi les tableaux observés. Le CE a été retrouvé dans la lumière intestinale chez 02 patientes. Il s'agissait d'un champ abdominal à 130 cm de la jonction iléo-caecale chez la première, et une compresse dans l'iléon terminale pour la deuxième. Cela pourrait être dû à une nécrose de la paroi intestinale, occasionnée par le textile, entraînant sa migration avec des épisodes d'occlusion répétés. Une résection iléale emportant la nécrose avec extraction du champ et une iléostomie a été réalisée. Cette lourde intervention a été réalisée dans l'étude d'Iss Sarr au CHU Aristide Le Dantec et au CHU Dalal Jamm où il a retrouvé des compresses

dans la lumière intestinale à propos de 03 cas [13]. Généralement les CE entraînant les perforations sont des instruments métalliques comme la découverte d'une pince de Kocher dans la vessie d'une dame dont la pointe a perforé le cœcum, observée par Coulibaly et al [2]. Dans ces cas suscités, cette migration était due certainement à la nécrose de la paroi intestinale au contact du textilome. Les CE oubliés dans l'abdomen peuvent avoir de lourdes conséquences, pouvant même aboutir au décès. C'est ainsi que Le Neel [3], a observé 21 décès survenus après l'extraction de textilome. Quant à Mouaffo Tambo [12], il signalait les troubles psychiques qui étaient survenus chez une de ses patientes opérées à plusieurs reprises pour un textilome. La mise en évidence de ces CE est parfois difficile car les signes ne sont pas spécifiques [3], et cela peut entraîner un retard au diagnostic avec des tableaux cliniques très avancés.

L'ASP peut nous montrer des niveaux hydro-aériques comme observé chez certains patients de cette étude, sans qu'on puisse confirmer la présence d'un quelconque CE sauf si ce dernier est radio-opaque. L'échographie abdominale est opératoire dépendant mais peut montrer une masse avec cône d'ombre postérieur dont le centre est hétérogène serpiginieux et rayé ; parfois une formation kystique sans pouvoir préciser qu'il s'agit d'un corps étranger [10]. Le scanner précise la topographie exacte de la lésion, et peut orienter vers une tumeur ou une masse encapsulée, calcifiée comme cela a été observé chez 2 patients de cette. Il peut mettre en évidence un textilome lorsque cette masse se caractérise par la présence de bulle gazeuse enchâssée dans un aspect serpiginieux [10]. Dans ce travail, seule la tomodensitométrie a contribué au diagnostic en montrant les 2 drains oubliés dans l'abdomen.

Ces incidents, ont des répercussions aussi bien au niveau du malade que du chirurgien. Concernant le malade, son pronostic vital

peut être engagé et le coût des soins hospitaliers peut être élevé. Mais le praticien aura une mauvaise presse. Ces incidents soulèvent parfois des implications médico-légales. C'est pourquoi certains CE étrangers oubliés dans l'abdomen ne sont pas déclarés. [1]

Pour éviter ces désagréments, nous rappelons ici quelques mesures de préventions telles que :

-La présence effective de 02 instrumentistes dans chaque bloc opératoire.

-Le comptage et la mention de tout matériel opératoire sur une ardoise stérile avant, pendant et après intervention, tout ceci avant la fermeture de la cavité abdominale.

-Le marquage des compresses et champs abdominaux par des produits radio-opaques, comme décrit par Crossen [14].

-Avoir plusieurs opérateurs dans une équipe de garde.

-Bien fixer les drains en dehors de l'abdomen.

L'application stricte de ces mesures libellées peut réduire la survenue de ces incidents, comme c'est le cas aux Etats Unis d'Amérique depuis 1940 où Crossen a instauré l'opacification des compresses. [14]

CONCLUSION :

Les corps étrangers oubliés dans l'abdomen sont des complications graves qui causent de graves morbidités postopératoires nécessitant des ré-laparotomies en urgence. Les facteurs favorisants sont dominés par les laparotomies d'urgence, et les conditions d'intervention. Ces incidents peuvent être évités par les procédures de décompte systématique des instruments et des compresses en fin d'intervention.

REFERENCES:

1-Stawicki SPA, Moffatt-Bruce SD, Ahmed H, Anderson HL, Baliya TM, Bernescu I. et al.

Retained surgical items: a problem yet to be solved. J Am Coll Surg 2013 ; 216 : 15-22.

2-Coulibaly N, Casanelli d'Istria JM, Keita M, Traoré L , Goho M , Ahue H et al.

Corps étranger intra-vésical iatrogène : pince de Kocher oubliée. RECAC 2015 ; 2 : 29-32

3- Le Neel JC, Decussoc JB, Dupas B, Letessier E, Bordé L, Eloufir M et al. Les textilomes. A propos de 25 cas et revue de la littérature. Chirurgie 1994-1995 ; 120 : 272-7.

4. Haji A, Abbar M, Bouchama R, Moulay A. Les textilomes

intrapéritonéaux : à propos de 05 observations. J. Chir.1988 ;125 :353-7

5- Chorvat G, Kahn J, Camelot G, Henriot P, Gillet JY, Gillet M. L'évolution des corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. Ann Chir 1976 ;30 :643-9

6- Lebeau R ; Diane B, Koffi E, Amani A, Kouassi J.C Les corps étrangers après chirurgies abdominales à propos de 12 observations. Mali Méd 2004 ; 19(3 et 4) :8-12.

7-Goho KM, Keita M, Adebayo TB, Saki TC et al. Corps étrangers oubliés après chirurgie abdominale à propos de sept observations au CHU de Treichville. Rev.Afr.Chir.Jan.2020 ; 14 : 21-5.

8- De Clippele C, Vandermeersch B , Parres A , Schaub I, Servais J,

Vanderlinden F et al. Pratique de la césarienne en conditions de ressources limitées : indications - anesthésie - techniques opératoires - suivi post-opératoire. Louvain Coopération, 2018 - 119 pages.

9-Chambi I, Tasker RR, Gentili, WM Loughheed et al. Gauze-induced granuloma: an uncommon complication of gauze reinforcement of berry aneurysms. J. Neurosurg.1990 Feb; 72: 163-70

10-Crespi C, Zanaboni M, Fella V, Favoro I. Champs opératoires oubliés dans l'abdomen. Nouv press Med 1974; 3 :828.

11- Slim K, T Ben Slimane, C Dziri, R Mzabi. Les corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. Ann Chir 1989 ;43 : 285-8.

12- Moaffo Tambo F.F; Andze G. Le textilome intra-abdominal chez la femme : à propos de deux observations cliniques en milieu africain. Clinic in Mother and Child Heath 2006 ;3: 497-50.

13- SARR ISS, NDONG A, THIAM O, SECK M, TOU RÉ AO, CISSÉ C Et al. Migration intra digestive de textilome abdominal sous de multiples aspects cliniques. J Afr Digestiv 2018; 18: 2574-8

14- Crossen HS, Crossen DF. Foreign Bodies Left in the abdomen. CV Mosby Co St Louis 1940.

INTERET:

CE TRAVAIL N'A AUCUN CONFLIT D'INTERET.

ANNEXE

Tableau I : types d'interventions initiales, leur indication et conditions de réalisation

Paramètres étudiés	Effectif
Type de chirurgie	
Chirurgie gynéco-obstétrique	8
Chirurgie digestive	3
Indications laparotomie initiale	
Césarienne	5
Césarienne + myomectomie	1
Hystérectomie pour myomes	1
Hystérectomie élargie pour cancer ovaire	1
Conditions laparotomie initiale	
Incision inadaptée (sous-ombilicale pour colectomie transverse)	1
Chirurgie hémorragique	4
Patient obèse	2
Chirurgien en cours de formation	2
Bassin étroit	1
Pré-éclampsie	1

Tableau II : Indication de la ré-laparotomie, type de corps étrangers, thérapie et pronostic

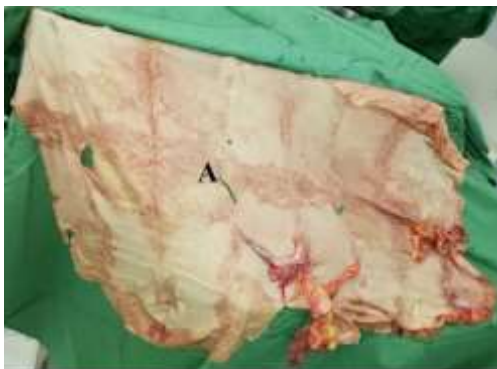
Paramètres étudiés	Effectif
Indications de la ré-laparotomie	
Abdomen aigu chirurgical type péritonites	6
Abdomen aigu chirurgical type occlusion intestinale	3
Douleurs abdominales chroniques	2
Lésions observées en peropératoire	
Nécrose intestinale	0
Perforation/fistules	3
Péritonite aiguë généralisée	3
Péritonites localisée (abcès)	3
Occlusion par adhérences sur CE	3
Type de corps étrangers	
Compresse	3
Champs opératoire	6
Drains (Redon et Delbet)	2
Gestes thérapeutiques réalisés	
Extraction CE, lavage, drainage	6
Extraction CE, résection, stomie, lavage drainage	1
Extraction CE, résection, anastomose, lavage drainage	2
Extraction CE, suture, lavage drainage	0
Extraction CE, stomie, lavage drainage	2
Pronostic	
Evolution favorable	11
Patient décédé	NEANT



A: Corps étranger enkysté



A: Corps étranger enkysté



A: Image du corps étranger enkysté après dépiement



A: Champ abdominal intraluminal



A: Compresse intraluminale



A: Image d'un drain de Redon intrapéritonéal