

Case report

Un textilome intra-vésicale mimant une tumeur vésicale (pseudotumeur vésical): à propos d'un cas exceptionnel



Intravesical textiloma mimicking bladder tumor (bladder pseudotumor): about an exceptional case

Mustapha Ahsaini^{1,&}, Sow Aboubakry¹, Jaleddine El Ammari¹, Mohammed Fadl Tazi¹, Mohammed Jamal El Fassi¹, Moulay Hassan Farih¹

¹Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, Fès, Maroc

[&]Auteur correspondant: Mustapha Ahsaini, Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, Fès, Maroc

Received: 17 Nov 2019 - Accepted: 21 Nov 2019 - Published: 09 Dec 2019

Domain: Urology

Mots clés: Textilome, pseudotumeur, tumeur de vessie, hématurie, endoscopie

Résumé

Le textilome est une complication postopératoire très rare et bien connue et représente la hantise de tout chirurgien. Il est beaucoup plus classique en chirurgie gynécologique et digestive. Il est exceptionnel en urologie. Nous rapportons une présentation atypique d'un patient de 62 ans, tabagique chronique, ayant comme antécédent une cystolithotomie il y a 5 ans par voie ouverte pour un volumineux calcul de vessie et qui consulte pour une hématurie avec des signes d'irritation vésicale. Le diagnostic d'une tumeur de vessie a été posé en premier, mais il a été rectifié par la suite à l'endoscopie et où le diagnostic d'un textilome intra-vésicale a été retenue par la suite, le patient a bénéficié d'une cystolithotomie par voie ouverte avec ablation du textilome. Le textilome intravésicale est rare et peut mimer une tumeur de vessie surtout chez un patient à risque, or l'antécédent de chirurgie, la tomodynamométrie ainsi que la cystoscopie sont des éléments clés pour le diagnostic.

Case report | Volume 1, Article 49, 09 Dec 2019 | 10.11604/pamj-cm.2019.1.49.21013

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/1/49/full>

© Mustapha Ahsaini et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Textiloma is a very rare and well known postoperative complication and is a major preoccupation for any surgeon. It is much more common in gynecologic and gastrointestinal surgery. It is exceptional in urology. We report the atypical case of a 62-year old patient with a history of chronic smoking presenting with hematuria associated with signs of irritated bladder. The patient had undergone open cystolithotomy for voluminous bladder stone 5 years before. The diagnosis of bladder cancer was made early, but then it was rectified based on endoscopy; hence the diagnosis of intravesical textiloma. The patient underwent open cystolithotomy with ablation of textiloma. Intravesical textiloma is rare and may mimic bladder cancer especially in patients at risk of it or with a history of surgery. CT scan as well as the cystoscopy are essential for diagnosis.

Key words: *Textiloma, pseudotumor, bladder cancer, haematuria, endoscopy*

Introduction

Le textilome, également appelé gossybipoma, est une complication postopératoire très rare mais bien connue. Gossybipoma est un terme dérivé de gossypium signifiant coton en Latin et boma signifiant lieu de cachette en Swahili. Le textilome correspond alors à un corps étranger composé de compresse(s) ou de champs chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. Malgré sa rareté il est beaucoup plus commun en chirurgie digestive ou gynécologique qu'urologique [1]. Nous rapportons un cas exceptionnel de textilome intravésicale mimant une tumeur vésicale découvert plusieurs années après une cystolithotomie par voie ouverte.

Patient et observation

Monsieur M.H âgé de 62 ans, tabagique chronique a raison d'un paquet par jour, a été hospitalisé au service d'urologie du CHU Hassan II de Fès pour prise en charge d'une hématurie caillottante intermittente avec des signes d'irritations vésicales. On note dans ses antécédents une cystolithotomie pour un volumineux calcul de vessie il y a 5 ans avec une cicatrice d'une laparotomie médiane sous-ombilicale (Figure 1). Il n'a pas d'autres antécédents pathologiques particuliers. L'échographie montre un épaissement d'allure tissulaire au

niveau de la paroi antérieure de la vessie, le diagnostic d'une tumeur de vessie a été retenue en premier vue la présentation clinique et la notion de tabagisme active. La décision de la réalisation d'une résection biopsique transurétrale des lésions vésicales a été prise. La cystoscopie a objectivé un aspect de filaments blanchâtres avec une inflammation diffuse de la muqueuse vésicale faisant évoquer en premier des compresses intravésicale en faveur d'un textilome (Figure 2), une résection biopsique de la paroi vésicale péri-lésionnelle n'a pas mis en évidence de lésions malignes. Le scanner en post opératoire met en évidence une masse mimant un textilome intravésicale (Figure 3). Le patient est alors réadmis au bloc opératoire avec extraction d'une compresse par une laparotomie médiane sous ombilicale (Figure 4, Figure 5). Les suites post-opératoires sont simples, on note une disparition de l'hématurie et des signes irritatifs vésicales.

Discussion

Le textilome est une lésion formée suite à l'oubli d'un corps étranger textile lors d'une intervention chirurgicale. Le terme plus académique est le gossybipoma et témoigne de la réaction inflammatoire induite par un corps textile au contact des tissus qui aboutit à la constitution d'un granulome inflammatoire. La fréquence rapportée dans la littérature est de 1/1 000 à 1/10 000. Les textilomes sont le plus souvent

intrapéritonéaux (52%), mais d'autres sites sont concernés: gynécologiques (22%), urologiques et vasculaires (10%), osseux et rachidiens (6%), divers (10%) [1-3]. L'oubli de matériel reste la hantise du chirurgien lors de toute intervention et l'évolution pour le patient peut être dramatique. Sur le plan physiopathologique, les fibres de textile provoquent dès la 24e heure une réaction inflammatoire avec exsudation suivi par la formation d'un tissu de granulation (8e jour), enfin la fibrose s'organise à partir du 13e jour [1]. Cette évolution explique, en absence d'infection, les possibilités d'enkystement voire des calcifications avec une tolérance parfois longue. La découverte du textilome abdominale est généralement tardive. L'anamnèse est donc essentielle dans l'élaboration du diagnostic à la recherche d'une chirurgie dans les antécédents du patient. La clinique manque de spécificité, les signes urinaires comme dans notre cas à type d'hématurie, de pollakiurie et de brûlure mictionnels peuvent être présent, et peuvent induire en erreur diagnostic comme le cas de notre patient où le diagnostic d'une tumeur de vessie a été retenu en premier. L'échographie montre en générale trois types de lésions: une zone échogène avec un cône d'ombre postérieur, une masse kystique contenant des structures ondulées hyperéchogène ou alors une masse non spécifique complexe, comme le cas de notre patient. La tomodynamométrie permet un diagnostic topographique préopératoire et montre généralement une masse à paroi épaisse bien circonscrite pouvant contenir des bulles d'air mais peut évoquer d'autres diagnostics, d'où l'intérêt de le réaliser avant le geste opératoire, ce qui n'a pas été réalisé pour notre patient, vue de la presque certitude du diagnostic d'une tumeur de vessie [4,5]. Le meilleur moyen pour avoir un diagnostic de certitude est l'endoscopie vésicale, ce qui nous a permis d'avoir le diagnostic du textilome vésicale pour notre patient. Idéalement le traitement du textilome intravésicale est endoscopique mais souvent une laparotomie médiane sous ombilicale est réalisée devant une difficulté d'extraction de la masse par voie endoscopique. Le meilleur traitement reste la prévention par le compte systématique des textiles et

l'utilisation exclusive de compresses marquées, l'oubli d'une compresse étant toujours fautif. Le comptage des compresses et des champs par le chirurgien en début et fin d'intervention reste un moyen efficace mais encore insuffisant. Aux Etats Unis, l'utilisation de compresses marquées radio-opaques dès 1940 selon les recommandations de Cr Ossen, a contribué de façon significative à limiter ce type d'incident [1-5].

Conclusion

Le textilome est une complication rare et grave dans la chirurgie abdominale et gynécologique encore plus rare dans la chirurgie urologique. Ses symptômes sont non spécifiques et l'imagerie joue un rôle prépondérant. Son meilleur traitement reste préventif par le compte systématique des compresses et des champs chirurgicaux et l'utilisation de compresses marquées. Ce cas représente un mode inhabituel de découverte d'un textilome suite à une chirurgie vésicale ayant conduit à évoquer une pathologie vésicale maligne.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Mustapha Ahsaini: conception de l'étude, recherche bibliographique et rédaction de la version finale. Sow Aboubakry: recherche bibliographique et rédaction de la version initiale. Tous les auteurs ont lu et approuvés la version finale.

Figures

Figure 1: cicatrice d'une laparotomie médiane sous-ombilicale préopératoire

Figure 2: aspect endoscopique de multiples filaments blanchâtre faisant évoquer une compresse intravésicale

Figure 3: aspect scannographique de masse intravésicale mimant une tumeur de vessie (pseudotumeur)

Figure 4: image peropératoire de textilome intravésicale

Figure 5: aspect post-opératoire de textilome intravésicale

Références

1. Erguibi D, Farah RH, Ajbal M, Kadiri B. Textilome abdominal, à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:244. **PubMed | Google Scholar**
2. Chambi I, Tasker RR, Gentili F, Loughheed WM, Smyth HS, Marshall J *et al.* Gauze-induced granuloma (gauzoma): an uncommon complication of gauze reinforcement of berry aneurysms. *J Neurosurg*. 1990 Feb;72(2):163-70. **PubMed | Google Scholar**
3. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M *et al.* Textiloma: à propos of 25 cases and review of the literature. *Chirurgie*. 1994-1995;120(5):272-6; discussion 276-7. **PubMed | Google Scholar**
4. Hammoud D. Aspects radiologique des textilomes. *J Radiol*. 2001;82(8):913-6. **Google Scholar**
5. Rajagopal A, Martin J. Gossypiboma "a surgeon's legacy": report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2002 Jan; 45(1):119-20. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: cicatrice d'une laparotomie médiane sous-ombilicale préopératoire



Figure 2: aspect endoscopique de multiples filaments blanchâtre faisant évoquer une compresse intra vésicale

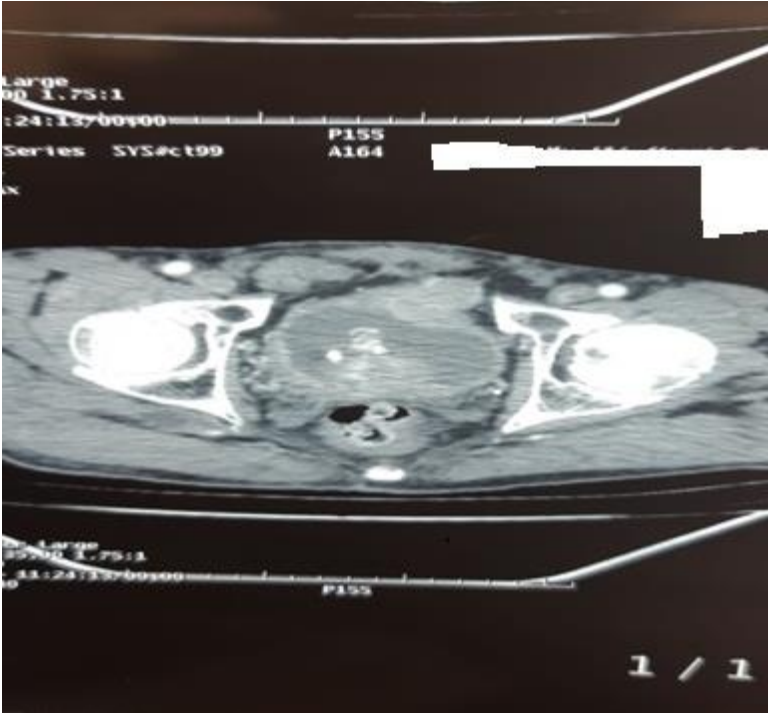


Figure 3: aspect scannographique de masse intravésicale mimant une tumeur de vessie (pseudotumeur)

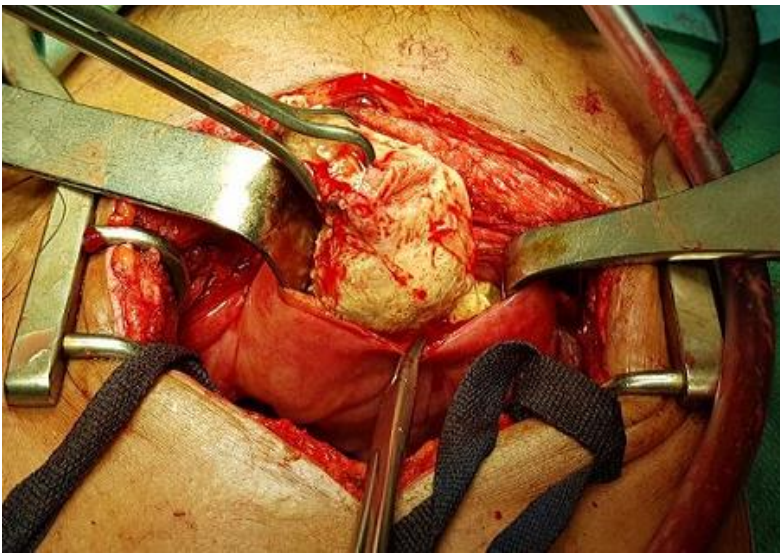


Figure 4: image peropératoire de textilome intravésicale



Figure 5: aspect post-opératoire de textilome intravésicale